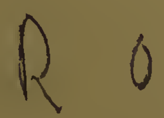
Dr Clément-Louis COUVREUR
Ancien Interne de la Maison de Secours
pour les blessés de l'industrie
Ancien Interne de l'Hôpital de Boulogne

LES HÉMORRHAGIES DES KYSTES DE L'OVAIRE



LILLE
Vve MASSON, Éditeur, rue Faidherbe, 40

1902



Dr Clément-Louis COUVREUR
[An]cien Interne de la Maison de Secours
pour les blessés de l'industrie
[An]cien Interne de l'Hôpital de Boulogne

LES HÉMORRHAGIES

DES KYSTES DE L'OVAIRE



LILLE
Vve MASSON, Éditeur, rue Faidherbe, 40
—
1902

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

Médecin à Annœullin.

—

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Pharmacien à Roubaix.

—

A MA MÈRE

Je dédie ce faible témoignage d'amour filial.

—

A MA SŒUR CHÉRIE

A MES FRÈRES BIEN AIMÉS

—

A MES ONCLES ET TANTES

Avec l'assurance de ma reconnaissance et d'une amitié profondes.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A Monsieur le Docteur H. DURET

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté libre de Médecine de Lille.
Ex-Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
Membre correspondant de la Société de Chirurgie
et de l'Académie de Médecine.

Je lui dois la survie de ma mère.
Je le prie de croire à toute ma gratitude
et à mon entier dévouement.

—

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

—

A Monsieur le Docteur J. GROS

Médecin-Chef de l'Hôpital de Boulogne.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBAR

Chevalier de la Légion d'honneur.
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lille.

INTRODUCTION

Il y a quelques mois, un cas d'hémorrhagie dans un kyste de l'ovaire, opéré par notre excellent maître M. le professeur H. Duret, appela notre attention sur cette variété d'hémorrhagie interne. Nos recherches personnelles nous amenèrent à constater que dans les livres classiques surtout, il y a, en définitive, tout au plus quelques lignes sur ce sujet. Or, les hémorrhagies intrakystiques ont leur importance, et un bon chirurgien doit les bien connaître, afin de savoir les diagnostiquer et agir en conséquence. Aussi, nous croyons faire œuvre utile en contribuant à l'étude de ce chapitre spécial de l'histoire des kystes ovariques. Nous n'avons constaté, par nous-même, qu'un seul exemple d'hémorrhagie de ce genre, mais les observations déjà publiées dans la science nous ont été d'un grand secours. La plupart d'entre elles se rattachent à la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

C'est un motif de plus pour nous décider à faire sur ce sujet notre thèse inaugurale. Notre but sera d'établir qu'à côté de la torsion, il y a bien d'autres causes aussi efficaces d'hémorrhagie intra-kystique

et de rappeler par quels signes ces hémorrhagies se manifestent, comment on les diagnostique et on les traite. Si nous y parvenons, nous n'aurons pas perdu notre temps.

Avant de présenter notre modeste travail, nous croyons de notre devoir de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres dévoués de la Faculté libre de Lille. Que MM. les Professeurs Duret, Desplats, Guermonprez, Derville, Delassus, Augier, Eustache, Faucon et Baltus veuillent bien accepter tous nos remerciements pour leurs sages conseils, la bonne direction et l'aimable accueil que nous avons trouvé auprès d'eux. Nous prions notre parent et ami, le docteur E. Camelot, de croire à notre gratitude pour les services qu'il nous a souvent rendus.

Merci également à MM. les Docteurs de l'hôpital de Boulogne, spécialement à MM. Gros et Aigre qui furent pour leur interne d'excellents chefs de service.

Nous n'avons garde d'oublier des docteurs Deldalle (de Mouvaux) et Chuffart (de Bersée) nos bons amis d'internat, auprès desquels nous avons passé d'agréables journées.

Enfin, nous sommes très reconnaissant envers M. le Professeur Dubar pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

DÉFINITION — HISTORIQUE

Les hémorrhagies des kystes de l'ovaire sont caractérisées par l'apparition des éléments du sang; sérum et globules dans le liquide des kystes et dans l'épaisseur même de leurs parois. Il y a donc deux variétés : l'hémorrhagie intrakystique et l'hémorrhagie intrapariétale, Le plus souvent elles sont concomittantes. Elles peuvent cependant apparaître isolément.

Ces hémorrhagies ne sont bien connues que depuis quelques années seulement. Le premier, le docteur Van Buren, en 1850, publiait un cas de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire *(New-York Journal of Medicine)*, dans lequel une péritonite foudroyante dont on ne put s'expliquer l'origine, emporta la malade. L'autopsie éclaira le processus morbide en montrant un kyste de l'ovaire droit de couleur sombre, presque noir et rempli de sang. Le pédicule était tordu une fois et demi sur son axe.

Cinq années après, le Dr Partruban *(Oesterreisches Zeitschrift für practische keilkunde)* publiait une observation dans laquelle la torsion du pédicule avait causé une hémorrhagie intra-kystique. La malade succomba à cette complication.

Après eux, Rokitansky, puis Spencer Wells, Lawson Tait et Olshausen constatent des cas du même genre. Bland Sutton signale l'extravasation sanguine dans les parois mêmes du kyste et Edwards décrit un kyste dont les parois étaient de couleur livide et renfermaient par places du sang extravasé. Les kystes hématiques deviennent alors d'observation courante. Ce qui le prouve, ce sont les multiples discussions des sociétés savantes. En 1882, M. Boinet parle à la Société de chirurgie du traitement des kystes ovariens par l'injection iodée et prétend que cette injection est bonne pour les kystes hémorrhagiques, purulents et séreux.

Mais c'est surtout depuis 1886 que les hémorrhagies des kystes de l'ovaire sont réellement bien connues et que les chirurgiens, dans le but de les prévenir, érigent en principe l'ovariotomie hâtive dans le traitement des kystes de l'ovaire et de leurs complications. Aussi, on trouve dans la science médicale nombre de travaux se rapportant plus ou moins directement à cette question.

Citons ceux de M. Heurtaux, de Nantes, sur la torsion et même l'élongation du pédicule des kystes ovariens ; ceux de Rémy (thèse d'agrégation, Paris 1886), sur les rapports de la grossesse et des tumeurs

de l'ovaire. Tous deux parlent des hémorrhagies des kystes de l'ovaire, mais tout-à-fait incidemment. Ensuite, viennent les œuvres de Terrillon qui traite de la torsion du pédicule des kystes ovariens et donne le mécanisme de l'hémorrhagie intrakystique. En 1890, paraît la thèse de Mouls sur la torsion de ce même pédicule. Deux ans après, M. Duret donne au congrès de Gynécologie de Bruxelles une communication très intéressante sur les tumeurs végétantes de l'ovaire et affirme qu'elles sont souvent hématiques. En 1894, James Varbasse contribue à faire connaître l'hémorrhagie intrapariétale par la publication d'une excellente observation. Dans la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, M. Boursier publie, l'année suivante, un cas de mort par hémorrhagie consécutive à une ponction d'un kyste de l'ovaire hématique. Son collègue, M. Frankin, présente, le 7 avril 1896, à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, un kyste dermoïde hémorrhagique.

Parmi les travaux plus récents encore, où il est fait plus ou moins allusion à l'hémorrhagie intrakystique, on peut ranger les thèses de Mouthon, de Kisseloff (1898), de Finaz (Lyon, 1898), de Baron (Paris, 1898) et d'Aubry (Paris, 1900), sur la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire ; les publications de Condamin, puis de Pinard et Second, sur la torsion du pédicule au cours de la grossesse (1900). L'année dernière, enfin, Potherat publiait une observation de kyste dermoïde hémorrhagique où il y

avait à faire le diagnostic avec l'hématocèle péri-utérine.

En résumé, les hémorrhagies des kystes de l'ovaire sont relativement fréquentes et aujourd'hui connues de tous les chirurgiens. Aussi, il y a lieu de s'étonner qu'elles n'aient pas encore donné lieu à un travail spécial. La plupart des auteurs la rattachent à la torsion ou à l'élongation du pédicule de ces tumeurs. Ils les considèrent, en quelque sorte, comme un accident surajouté, accessoire. Cependant, il nous semble, qu'à elles seules elles constituent une complication assez importante pour mériter d'être traitées isolément, et c'est ce qui nous a conduit à publier notre modeste travail.

Nous n'avons pas la prétention d'établir exactement leur fréquence relative.

Le nombre des observations qui en parlent est encore trop restreint pour permettre une statistique. Si on ne les avait rencontrées que dans la torsion et l'élongation du pédicule des kystes de l'ovaire, évidemment nous pourrions donner pour cette fréquence, un chiffre voisin de celui même de cette torsion, qui est 6 °/°; mais, on ne rencontre pas l'hémorrhagie dans tous les cas de torsion du pédicule et, comme nous le prouverons en parlant de l'étiologie, les hémorrhagies des kystes de l'ovaire sont dues à des causes bien différentes.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

I. — Torsion du Pédicule et l'Hémorrhagie.

De toutes les causes qui produisent les hémorrhagies des kystes de l'ovaire, la plus fréquente, et la plus connue par suite, est sans nul doute la torsion de leur pédicule. C'est là ce qui explique le grand nombre relatif des observations qui s'y rattachent. Que se passe-t-il alors ? Pourquoi y-a-t-il extravasation sanguine vers l'intérieur du kyste et dans l'épaisseur de sa paroi ? Cela paraît bien simple dès qu'on connaît l'anatomie pathologique de ces kystes. Nous savons que leurs parois sont constituées par la juxtaposition d'une couche épithéliale externe, plus ou moins analogue au feuillet épithélial du péritoine, d'une couche moyenne fibro-musculaire épaisse, résistante et renfermant les vaisseaux, enfin, d'une couche épithéliale interne

lisse et polie dans les kystes uniloculaires et dans la poche principale des kystes multiloculaires, plus ou moins rugueuse et proliférante dans les kystes complexes, végétants et aréolaires où elle envoie vers l'intérieur des prolongements constituant les parois de loges communiquantes ou distinctes. Nous savons également que le pédicule formé par une partie du ligament large, le ligament de l'ovaire, les restes plus ou moins altérés de l'ovaire, quelquefois par la trompe dé Fallope, contient les vaisseaux nourriciers de la tumeur plus ou moins développés, volumineux suivant qu'il s'agit d'un kyste uniloculaire, multiloculaire, surtout aréolaire, végétant ou composé. Or, en ce qui nous concerne, la couche la plus intéressante est à coup sur la couche moyenne vasculaire. Waldeyer la divise en deux zones ; une externe plus dense où le tissu fibreux est plus serré et les éléments cellulaires plus rares, une interne plus lâche, plus cellulaire contenant les vaisseaux et autour d'eux les cellules musculaires lisses. Ces vaisseaux, nous dit Fox, ont une disposition hélicine et sont représentés par des artères et des veines plus grosses, dont les ramifications vont se perdre sous l'épithélium interne.

Ces notions une fois connues, il devient aisé de se rendre compte de ce qui se passe chaque fois que la torsion du pédicule s'étant produite, elle doit amener l'hémorrhagie intrapariétale et intrakystique.

Le pédicule est tordu, or, c'est de lui que viennent

les vaisseaux nourriciers de la tumeur souvent volumineuse. L'utérine et l'utéro-ovarienne lui envoient des artères dont le volume égale parfois celui de la radiale. Ses veines ont parfois un calibre tel que Spencer Wells les a comparées aux intestins du lapin. Leur disposition en sinus, leur calibre sont l'origine de la dénomination de pédicule variqueux donnée par quelques auteurs. Ces vaisseaux, lors de la torsion, sont forcément comprimés, et parmi eux, les veines le sont les premières, cela, vu leur structnre histologique, leur situation périphérique et leur calibre. Il en résulte que la circulation s'arrête dans ces veines. Or, comme le sang afflue toujours par les artères, la tension vasculaire augmente dans les veines, non plus du pédicule, mais des parois du kyste, celles de la partie interne de la couche moyenne fibro-vasculaire. Cette tension augmente de plus en plus, et il arrive un moment où la paroi de ces veines hélicines cède en un ou plusieurs points. Dès lors l'hémorrhagie intrapariétale se produit et l'hémorrhagie intrakystique est presque inévitable. Le sang s'infiltre dans l'épaisseur de la couche moyenne, or, comme la zone externe de cette couche moyenne est fibreuse et résistante, tandis que la zone interne est cellulaire et lâche, le sang se porte naturellement, non vers l'extérieur du kyste, mais, d'abord dans cette zone interne de la couche moyenne, sépare ses cellules, ses éléments musculaires, parvient sous l'épithélium interne, le distend, l'infiltre, et vu la vis à tergo, le rompt. Dès

lors, le liquide du kyste se colore plus ou moins en rouge et l'hémorrhagie sera d'autant plus importante que les ruptures vasculaires seront plus nombreuses et le kyste plus volumineux, ce qui permet par les ouvertures un écoulement sanguin d'autant plus important,

Évidemment, nous n'avons pas à parler ici des cas où la circulation est arrêtée à la fois dans les artères et dans les veines, puisque nous n'avons plus ici hémorrhagie, mais sphacèle du kyste ovarien entraînant, à moins d'adhérences nouvelles, le plus souvent la rupture du kyste et la péritonite avec fièvre et ses symptômes habituels, douleurs, ventre tendu, etc.

Si, enfin, la circulation, au lieu d'être arrêtée dans les veines du pédicule, est simplement gênée, il se fait une exsudation séreuse, puis sanguine dans les parois kystiques, travail qui favorise la production d'adhérences et la péritonite adhésive. L'hémorrhagie, dans ce cas, est compatible avec l'existence. Elle est souvent minime, ou même fait complètement défaut.

Les observations où les choses se sont vraisemblablement passées, comme nous venons de l'exposer, ne nous manquent pas. Nous croyons indispensable de les citer ici. Comme l'hémorrhagie intra-pariétale est la première à se produire, c'est par l'observation de James Varbasse (*Annals of surgery,* avril 1894) que je crois bien faire de commencer. Laissons-le parler :

Observation I

L'hémorrhagie intra-kystique est bien connue et fréquente, mais limitée aux parois du kyste, elle est assez rare pour que la littérature médicale en fasse à peine mention. En voici une observation fort remarquable.

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui, cinq ans auparavant, avait été soudainement prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, qui persistèrent six semaines et disparurent complètement. Cinq semaines avant l'opération, elle eut une nouvelle crise de même nature qui dura dix jours; enfin, quatre jours avant, en survint une troisième, dont un vomissement semble être la cause. Des symptômes à la fois de péritonite et d'obstruction intestinale s'établirent. A l'examen du ventre, on percevait simplement dans la fosse iliaque droite une tumeur mal définie et très douloureuse. La laparotomie fut pratiquée et fit découvrir une tumeur livide, rappelant l'aspect d'un placenta frais parfaitement lisse et de consistance ferme, mobile et de la grosseur d'une tête de fœtus. Incision de la tumeur qui donne issue à environ 600 grammes d'un liquide parfaitement clair. Après son évacuation, on reconnut que son pédicule était formé par la trompe droite qui s'était étirée et était tordue une fois sur son axe. Une anse intestinale adhérente à l'extrémité utérine de la trompe avait été entraînée dans le mouvement de torsion et se trouvait étranglée, ce qui explique les phénomènes d'obstruction.

Le pédicule fut lié, la tumeur enlevée et le ventre refermé. Guérison.

La tumeur était un kyste de l'ovaire dont les parois épaisses présentaient 4 millimètres à 4 centimètres. L'épaissis-

sement était dû à une infiltration hémorrhagique qui donnait aux parois l'aspect d'un placenta frais. L'examen microscopique montra que la paroi était constituée, en dehors par une couche épaisse de tissu fibreux revêtue du péritoine, en dedans, par une couche semblable de 1 millim. d'épaisseur. Entre les deux, du tissu conjonctif à larges mailles renfermant des *veines thrombosées, des artères remplies de sang coagulé et du sang infiltré.* De plus, dans la tumeur et dans le pédicule, les vaisseaux ovariens étaient remplis de sang coagulé.

On le voit nettement ici, dans ce cas l'infiltration sanguine s'est limitée aux parois du kyste et s'est faite comme nous le disions, il n'y a qu'un instant, dans la zone interne lâche, cellulaire de la couche moyenne. Un pas de plus, il y eut eu hémorrhagie intrakystique comme dans les observations suivantes :

Observation II

(M. Heurtaux (Nantes). — *Société de Chirurgie*, 6 et 13 oct. 1886.)

Torsion et rupture du pédicule d'un kyste de l'ovaire. — « Il s'agissait d'une femme ayant, depuis un an environ, un kyste de l'ovaire, peu volumineux, qui avait déterminé à trois reprises des poussées de péritonite sans cause apparente. Pendant l'opération, on constata :

1° Une coloration brune de la paroi kystique donnant l'apparence d'une forte congestion ; 2° Des adhérences nombreuses et récentes ; 3° La coloration du liquide qui était sanglant et foncé comme du sang veineux ; 4° Enfin, la tor-

sion du pédicule qui avait fait trois ou quatre tours complets.

La malade guérit après quelques symptômes de péritonite. En examinant la pièce, M. Touailles de Larabrie, chef de clinique, constata sur la face interne du kyste, une multitude de pertuis d'où la pression faisait sourdre du sang veineux, résultant vraisemblablement d'une rupture par excès de pression intravasculaire à la suite de la torsion.

Cette observation est surtout intéressante par suite de l'examen complet de M. Touailles de Larabrie. Elle nous fait mettre en quelque sorte le doigt sur les perforations de l'épithélium interne, par lesquelles le sang veineux a fait irruption dans la cavité kystique. Elle permet de donner de l'hémorrhagie intrakystique l'explication véritable. Les suivantes présentent, à peu de choses près, le même intérêt.

Observation III

(M. Monod. — *Société de Chirurgie*, Févr. 1887.)

M. Monod présente un kyste de l'ovaire enlevé après torsion du pédicule. *Il insiste sur le contenu fortement hématique du kyste*; les altérations de sa surface, ses adhérences nombreuses et la possibilité de soupçonner la torsion avant l'opération, à cause des violentes douleurs survenues un mois avant. Le pédicule était tordu deux fois sur lui-même.

Le diagnostic de torsion du pédicule doit faire hâter l'opération pour que les adhérences n'aient pas le temps de s'organiser.

(*Revue de chirurgie*, 1887, p. 311).

Observation IV

(Dr O. Terrillon. — *Revue de chirurgie*, 1887, p. 245).

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Hémorrhagie dans le kyste, suivie d'inflammation péritonéale par torsion du pédicule. — Ovariotomie trois mois après les accidents. — Adhérences totales du kyste aux parties voisines. — Délachement assez facile des adhérences. — Guérison.

Mme P.., de Coulommiers, entre à la Salpétrière, le 7 avril 1886. Elle m'est adressée par le Dr Lorémy. Cette femme, mariée depuis quatorze ans, est âgée de 32 ans. Elle a eu deux enfants et est bien réglée. La tumeur abdominale qu'elle porte actuellement a été reconnue, il y a environ un an, à propos de douleurs que la malade accusait dans le ventre. Au mois de janvier 1886, elle est prise assez rapidement d'accidents du côté du péritoine; ces accidents parurent se généraliser et s'accompagnèrent de symptômes assez graves : ballonnement du ventre, vomissements, petitesse du pouls, etc., qui caractérisaient une péritonite évidente. Cet état dura environ trois semaines et disparut ensuite progressivement, en laissant un certain degré de faiblesse et d'anémie dont la malade se plaint encore. A son entrée à l'hôpital, on constate la présence d'un kyste ovarique, situé sur la ligne médiane, dépassant l'ombilic. Il est nettement fluctuant, sans bosselures, et semble assez immobilisé dans le bassin et dans l'abdomen. La circonférence abdominale, au niveau de l'ombilic est de 93 centimètres. Les parois abdominales sont peu amincies. Le ventre est sensible à la pression, du reste, on trouve chez la malade, des signes évidents de nervosisme exagéré.

L'utérus semble adhérent à la tumeur qui est située au

dessus du bassin. L'état général de la malade est médiocre, elle est pâle, faible et nerveuse.

L'urine est normale.

Opération le 10 avril 1886, avec le concours de MM. Monod, Schwartz, en présence du Dr Lorémy, médecin de la malade.

Incision médiane du pubis à l'ombilic. On trouve le péritoine rougeâtre, vasculaire, épaissi et adhérent à la face antérieure du kyste. Celui-ci est noirâtre, violacé et a presque la teinte d'une masse gangrénée.

Des adhérences molles, faciles à déchirer, contenant des vaisseaux très fins, unisssent la paroi kystique à toutes les parties voisines, paroi abdominale, intestin, face postérieure de la vessie et utérus. Je déchire ces adhérences avec le doigt en ayant soin de placer des éponges pour éviter la perte de sang. Après avoir décollé une partie de la surface antérieure, une ponction avec un trocart peu volumineux donne six cents grammes de liquide hématique épais.

Après avoir ainsi diminué le volume de la tumeur, on put l'attirer un peu au dehors et la décoller lentement des organes voisins. Deux ligatures au catgut arrêtent une hémorrhagie sur deux points adhérents avec l'épiploon.

La tumeur étant extraite de l'abdomen, on découvre un pédicule coupé en deux par un étranglement dur, nacré, fibreux, résultat d'un enroulement manifeste. La tumeur avait dû faire quatre ou cinq tours sur elle-même pour produire cet étranglement aussi serré du côté du kyste. Les veines du pédicule sont gonflées, turgides et s'étalent ainsi sur la paroi kystique noirâtre, tomenteuse. La trompe fait partie du pédicule et est en partie coupée. Après avoir lié le pédicule au-dessous du point étranglé avec deux ligatures en anse, le kyste est enlevé. L'autre ovaire est sain. Une toilette minutieuse du péritoine est faite avec soin ; six sutures abdominales ferment la plaie. L'opération a duré une heure et quart.

Examen de la tumeur. — C'est un kyste multiloculaire avec une poche principale et revêtu à sa surface interne de quel-

ques poches secondaires. *Mais la cavité est remplie de sang et de caillots*, mélangés au liquide primitif de la cavité. Les *parois sont rougeâtres* et tomenteuses. Elles commencent à subir la dégénérescence graisseuse. Le poids de la partie solide de la tumeur était de 2 kilogs et la quantité de liquide contenu était d'environ 3 litres.

Les suites de l'opération furent très simples. La malade sort le vingtième jour complètement guérie. Depuis elle a donné de ses nouvelles qui sont excellentes.

Observation V

(M. Boursier (Bordeaux).— Congrès français de chirurgie, 1902, 6e session, du 18 au 23 avril).

Torsion du pédicule dans un kyste de l'ovaire. — Femme de trente-huit ans, porteur d'un petit kyste intrapelvien, prise brusquement en mars 1899, de crises douloureuses simulant une obstruction intestinale ; tout céda à un purgatif. Des crises semblables se reproduisirent quatre fois. La dernière fut particulièrement grave et se termina par une péritonite franche. M. Boursier fit la laparotomie et trouva un kyste de l'ovaire petit et à parois congestionnées, adhérent à la paroi et à des anses intestinales. La ponction en a retiré un *liquide hémorrhagique.* Le pédicule fait un tour et demi de spirale et est en voie de sphacèle.

Extraction du kyste. Guérison.

Observation VI

(M. Jordan. — *British. Med.*, 2 avril 1898)

Kyste ovarique à pédicule tordu. — Augmentation progressive du ventre depuis quelques mois, sans douleurs, ni

troubles menstruels. Quatre jours avant l'admission de la la malade, douleur abdominale subite, suivie de collapsus, vomissements et constipation.

Opération. — Kyste à pédicule tordu étroitement deux fois et demi. Contenu : *2 litres de sang* liquide. Malgré le sphacèle partiel de la paroi, pas d'adhérences.

Guérison complète.

Observation VII

(MM. Mauclaire et Cottet. — *Soc. Anat.*, 11 mars 1898)

Ces messieurs présentent un kyste uniloculaire de l'ovaire droit avec torsion du pédicule diagnostiqué. M. Mauclaire enlève la tumeur par la voie abdominale. Il y avait des *phénomènes hémorrhagiques* et des adhérences nombreuses de la paroi du kyste, déterminées par la torsion du pédicule qui datait vraisemblablement de quinze jours d'après l'histoire clinique de la malade.

Observation VIII

(Docteur Ozenne, chirurgien de St-Lazare. — *Sem. Gynécol.*, 1900)

Cette femme, âgée de trente-cinq ans, sans antécédents pathologiques, n'était mariée que depuis dix à douze mois, pendant lesquels ses régles s'étaient montrées régulièrement comme avant son mariage. Dans les derniers jours de novembre 1897, à la fin d'une période de règles, elle éprouva une vive contrariété qui provoqua un violent accès de colère. Immédiatement après, elle fut prise d'une douleur intense du côté gauche de l'abdomen.

Notre ami le docteur Radiguet, qui vit la malade quelques

heures après, constata que la douleur siégeait au niveau de l'hypochondre et de la région lombaire. L'abdomen était modérément tendu, mais peu douloureux dans le reste de son étendue. Le lendemain et les jours suivants, quelques crises douloureuses reparurent en laissant dans leur intervalle une sorte d'endolorissement, puis elles s'atténuèrent peu à peu ; au bout de huit jours, elles avaient complètement disparu. Pendant cette semaine, la malade avait eu, au moment des premières crises, quelques vomissements qui ne s'étaient pas renouvelés et, pendant plusieurs jours, de l'accélération du pouls avec une légère élévation de température.

Malgré ces derniers phénomènes et l'absence d'émission d'urines abondantes, notre confrère, en se basant sur les accidents douloureux localisés à la région lombo-abdominale, avait porté le diagnostic de coliques néphrétiques. Cependant, comme il avait constaté plus tard une tuméfaction profonde au-dessus de l'arcade de Fallope, il m'avait demandé à voir cette malade avec lui.

Cet examen eut lieu une dizaine de jours après la première crise de douleurs, c'est-à-dire dans la première semaine de décembre. A ce moment, le ventre était souple, non distendu, non douloureux à la palpation, sans tuméfaction dans sa moitié supérieure. Mais, dans la fosse iliaque gauche, on sentait une tumeur dure, arrondie, immobile, mate, paraissant faire corps avec l'utérus et du volume du poing. Au toucher, le col utérin était un peu ramolli, mais non ouvert, repoussé en bas et à droite ; l'utérus était peu mobile de bas en haut, et transversalement les mouvements qu'on lui imprimait se communiquaient à la tumeur qu'on percevait assez lointaine dans le cul-de-sac latéral gauche. A dessein, le cathétérisme utérin fut reporté à plus tard.

Bien qu'il n'y eut pas de symptômes bien caractéristiques (ce qui aurait peut-être dû nous faire penser à un kyste de l'ovaire) capables de faire poser un diagnostic ferme, nous songeâmes à la présence d'un fibrome sans rapport avec les

douleurs de la région lombaire qui pouvaient être attribuées à un accès de coliques néphrétiques. Pendant quinze jours, rien de nouveau ne survint, et les règles apparurent à la fin de décembre, en s'accompagnant d'un nouvel accès de douleurs relativement peu prononcées. Mais le 8 janvier, les douleurs se montraient subitement plus violentes que jamais en occupant tout l'abdomen, et, en même temps, on constatait du ballonnement et de la fièvre.

Le lendemain, l'état était le même, sinon plus inquiétant, et la palpation indiquait que la tumeur avait au moins triplé de volume, qu'elle était douloureuse, peu mobile et nettement fluctuante. Le diagnostic s'imposait. Il s'agissait bien certainement d'un kyste ovarique à pédicule tordu, diagnostic confirmé le lendemain par M. Bouilly et le surlendemain par la laparotomie.

L'opération, que j'ai pratiquée avec le concours de MM. Verchère et Chastanet, n'a présenté aucune difficulté. L'incision médiane faite, la tumeur est apparue *lie de vin*. Une ponction a donné issue à deux litres environ de *liquide brunâtre*. Le pédicule, peu large, de 4 à 5 centimètres de longueur, était tordu deux fois sur lui-même. Après détorsion, ligature et section du pédicule, j'ai extrait la poche kystique qui n'avait contracté aucune adhérence. Suites sans accident, sauf un léger abcès de la paroi par suppuration d'un catgut. Le kyste uniloculaire présentait ses parois œdématiées, *infiltrées de sang*, et, dans son intérieur, un reste de *liquide couleur chocolat*. Le kyste s'était développé aux dépens de l'ovaire gauche.

Observation IX

(M. Monod. — *Soc. d'obst. et de gynécol. de Bordeaux*, 1901.)

Kyste de l'ovaire à pédicule plusieurs fois tordu rappelant l'appendicite. — Le début avait eu lieu en septembre 1899 par

une vive douleur dans la fosse iliaque droite s'accompagnant de vomissements et de constipation. En janvier 1900, nouvelle crise ; en mars, nouvelle crise ; enfin, en juin, quatrième crise. Depuis, la malade ne s'était pas complètement rétablie. A l'examen, on trouve de la submatité dans la région du cœcum ; douleur au point de Mac Burnay ; une tuméfaction allongée, mobile, avec frottement péritonéal et plongeant dans le petit bassin.

Après laparotomie latérale, on résèque l'appendice et une tumeur profonde formée par un *kyste hématique* de l'ovaire droit. On libère les adhérences et on trouve alors un pédicule cinq fois tordu sur lui-même. A l'examen histologique, l'appendice est sain, le nombre de tours du pédicule correspond au nombre de crises, l'appendice est absolument hors de cause.

Toutes ces observations concernent des kystes uniloculaires et multiloculaires de l'ovaire. Les mêmes phénomènes peuvent survenir dans les kystes dermoïdes et dans les mêmes conditions exactement. D'ailleurs, nous ne voyons pas de raisons pour qu'il en soit autrement. En voici deux cas qui méritent d'être connus :

Observation X

(M. Frankin. — *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 7 avril 1896.)

Femme âgée de trente-huit ans, vierge. Le début de la tumeur remonte environ (les souvenirs de la malade ne sont pas bien précis) à une dizaine d'années. Bien réglée ; constipation opiniâtre. Rien du côté de la vessie. Coliques fréquentes.

Au mois de décembre 1895, à un intervalle de huit jours, elle ressentit deux crises de douleurs horribles, qui durèrent chacune trois heures. M. Dubourg qui voyait la malade en ville, conjectura des coliques néphrétiques probables. Depuis lors de l'intervention et de l'ouverture de la tumeur, on a constaté que tout était dû à un kyste de l'ovaire dont le pédicule était tordu deux fois sur lui-même. C'est probablement à ces deux torsions qu'il faut attribuer les crises douloureuses indiquées plus haut.

Le toucher vaginal (l'orifice de l'hymen, assez large, permet l'introduction du doigt) combiné avec la palpation hypogastrique montre l'existence d'une tumeur qui coiffe le fond de l'utérus et déborde de chaque côté en comprimant les culs de sac latéraux du vagin. La tumeur est parfaitement médiane. Elle est mate et a un volume d'environ deux poings. Diagnostic posé : kyste de l'ovaire.

L'opération a lieu le 2 avril 1896. Après incision de la paroi abdominale et du péritoine, on tombe sur la tumeur. La ponction donne issue à un liquide épais, crémeux, jaunâtre qui fait bientôt place à un *liquide chocolat.* A ce moment, quelques poils sortant par l'orifice de la ponction permettent de poser le diagnostic de la variété, *kyste dermoïde.*

La tumeur est très adhérente à la masse intestinale, mais ces adhérences friables se laissent facilement déchirer. On sectionne le pédicule qui était tordu deux fois sur lui-même et dans son intérieur on découvre une masse caillotée, sans doute par rupture des vaisseaux, lors de la torsion. La tumeur renferme une masse de poils réunis entre eux par du sébum épais. En outre, la poche fendue montre une dizaine de dents incrustées sur les parois ; quelques-unes d'entre elles sont implantées dans un os plat adhérent à la paroi, os long de 5 à 6 centimètres et que l'on peut comparer à la moitié d'un corps de maxillaire inférieur.

Aujourd'hui, 29 avril, la malade est dans un état très satisfaisant. Pas de phénomène de choc ni de péritonite.

Observation XI

(M. Potherat. — *Soc. de chirurgie*, mai 1901).

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Torsion du ligament large. — « Je vous présente, Messieurs, un kyste dermoïde de l'ovaire que j'ai enlevé, il y a huit jours, à une malade de mon service, à la maison municipale de santé, malade qui n'ayant présenté aucunes suites opératoires, doit être considérée aujourd'hui comme définitivement guérie. Cette pièce présente un double intérêt clinique et anatomique. Au point de vue clinique, j'ai été amené à porter le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine et voici comment :

Cette femme âgée de 32 ans, était prise au cours d'une bonne santé et dans les jours qui suivirent ses règles d'une douleur abdomino-pelvienne très violente, avec des irradiations du côté des lombes et du côté des cuisses. Cette douleur s'accompagnant de tendance à la syncope, de pâleur accusée des téguments et de refroidissement des extrémités.

Cela, se passait le 15 mai dernier. Le 18 mai, la malade entrait dans mon service, souffrant encore vivement, surtout au palper de l'abdomen et *présentant ce teint pâle, cireux que nous observons chez les femmes ayant subi une perte de sang abondante et rapide.* Au toucher, l'utérus petit est refoulé vers le pubis ; le Douglas est occupé par une tumeur arrondie, régulière, lisse, dépressible et rénitente en même temps, tumeur ne débordant pas l'excavation.

Je diagnostiquai donc une hèmatocéle retro-utérine et après avoir attendu jusqu'au 24 mai, je pratiquai la laparotomie, et tout d'abord, je vis le Douglas occupé par une masse noirâtre qui me confirmait dans mon diagnostic, mais la main introduite, me permit bientôt de reconnaître et d'extirper une tumeur annexielle droite, la tumeur que voici. C'est bien un

kyste dermoïde ; voici une touffe de cheveux blonds (la malade est blonde) qui étaient englobés dans une masse sébacée emplissant la moitié du kyste ; voici une dent du type des incisives inférieures avec cette particularité qu'elle est libre et qu'en aucun point on ne trouve de portions osseuses.

Mais, messieurs, vous le voyez et c'est là la particularité la plus intéressante, *le kyste est noir; ses parois sont infiltrées de sang ; il y avait du sang dans son intérieur.* La trompe qui l'accompagne est volumineuse et tuméfiée ; elle aussi, est noire et contient du sang en son intérieur. La raison de cette extravasation sanguine, c'est une torsion du pédicule, ou plutôt de tout le ligament large, car l'ovaire avec son kyste y participaient et étaient enroulés ensemble. Cette torsion était de deux tours complets, dans le sens des aiguilles d'une montre et très serrée ».

Nous retrouvons dans ce kyste dermoïde toutes les lésions des kystes ordinaires de l'ovaire devenus hématiques. L'hémorrhagie intrapariétale et intrakystique y sont évidentes et dues également à la torsion du pédicule. Mêmes conditions ; mêmes effets.

Les diverses observations que nous venons de rapporter prouvent surabondamment que la torsion du pédicule des kystes ovariens est une cause importante des hémorrhagies de ces kystes. C'est d'ailleurs un fait très connu.

Il s'en suit que les causes mêmes de cette torsion sont indirectement les causes de ces hémorrhagies. Citons parmi elles, à simple titre d'indication, les alternatives de déplétion et de réplétion des réservoirs (expériences cadavériques de Klob et Vercoutre), les brusques changements d'attitude

occasionnés par des travaux fatigants, les secousses d'un voyage, la danse, le passage brusque de la position debout à la position accroupie, comme le prétend Potherat ; dans d'autres circonstances, les chocs sur l'abdomen déterminés par une exploration manuelle (Frankel, Rokitansky, Schrœder) ou un traumatisme, tel un coup de pied ou un coup de poing, comme Finaz l'a relaté dans sa thèse (Lyon 1898), l'accroissement rapide et irrégulier de la tumeur, les contractions musculaires de l'abdomen, les inspirations profondes et la ponction. Surtout, il ne faut jamais oublier l'influence d'une tumeur du voisinage ou d'une grossesse en cours, celle même des suites de couches. La grossesse, l'accouchement et les suites de couches sont des causes presque forcées de la torsion du pédicule des kystes ovariens et l'hémorrhagie consécutive est loin d'être rare. Dans l'observation suivante, l'influence de la grossesse est incontestable.

Observation XII

(MM. Pinard et Segond. — *Soc. d'obst.*, *de gynécol.* et de *pédia.*, 2 mars 1900.)

Torsion d'un pédicule d'un kyste de l'ovaire compliquant la grossesse. — Ces Messieurs rapportent une observation dans laquelle après une poussée aigüe, on vit se développer simultanément dans le ventre d'une femme un utérus gravide et une tumeur à gauche. Le ventre très douloureux ne permettant pas le palper, le diagnostic resta incertain.

La laparatomie montra que cette tumeur latérale gauche qui était noirâtre et en imposait pour une grossesse ectopique, était un kyste de l'ovaire à pédicule deux fois tordu, présentant un épanchement dans l'épaisseur de sa paroi. Ce kyste put être enlevé en bloc. Il *contenait une substance analogue à du café noir.*

La grossesse continua normalement, les suites opératoires étant aussi simples que possible.

La grossesse constitue une prédisposition à la torsion des kystes de l'ovaire, laquelle survient non seulement entre le troisième et le cinquième mois, comme l'ont cru certains auteurs, mais aussi durant tout le reste de la grossesse. M. Bouilly a vu cinq cas de ce genre chez des femmes enceintes et confirme cette opinion. Rémy en a constatés avec hémorrhagie. C'est lui qui, dans sa thèse d'agrégation (Paris, 1886), nous apprend que si le kyste est petit, il peut être refoulé dans l'excavation par le développement de l'utérus ; s'il est volumineux, il sera repoussé dans l'abdomen. Il ajoute que, de ce fait, il est exposé à la torsion du pédicule, à la production d'hémorrhagies dans sa cavité, à l'infection, à la suppuration et à la rupture, surtout lors des efforts de l'accouchement. L'utérus, en se développant, ou bien encore toute tumeur utérine, fibrome, etc., ou de l'autre ovaire, en augmentant de volume, oblige le kyste à se déplacer, le fait pivoter sur lui-même, d'où la torsion, et l'hémorrhagie devient alors possible. Barnes a vu la torsion se produire à la suite d'un exercice violent ; une partie de la tumeur est plus pressée que le point

opposé, elle tourne sur elle-même, le pédicule s'étrangle, et les vaisseaux du kyste, ne pouvant plus ramener le sang, se congestionnent et éclatent.

Potherat a étudié les rapports des kystes de l'ovaire et de la grossesse en d'autres circonstances au moment même du travail. Il en conclut que les contractions violentes du diaphragme et de la paroi abdominale compriment le kyste et en entraînent la rotation, fréquemment suivie de l'hémorrhagie et de la rupture.

Mais, c'est surtout après l'accouchement que le kyste ovarien se trouve dans les conditions les plus favorables à la torsion du pédicule. La cavité abdominale se trouve subitement trop spacieuse, la tumeur flotte librement dans le ventre ; il suffit donc du moindre changement d'attitude pour que la torsion survienne avec toutes ses complications, hémorrhagies intrakystiques, fièvre, suppuration et rupture. Cette influence des suites de couches sur les kystes de l'ovaire, est incontestable. Voici plusieurs cas où elles ont, en particulier, amené par ce mécanisme, l'hémorrhagie intrakystique :

Observation XIII

(M. Gangolphe. — *Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, t. II, n° 3, année 1899).

Femme de 40 ans qui avait vu son ventre augmenter depuis deux ans ; elle mena à bien une grossesse. Neuf mois après, elle entre dans le service avec des douleurs qui n'étaient ni

intenses, ni aiguës, comme dans une torsion du pédicule. L'opération permit le diagnostic de torsion du pédicule, car on avait fait seulement celui de kyste ovarique adhérent à la paroi antérieure. La torsion n'avait pas d'ailleurs donné de réaction péritonéale aiguë. Il y avait eu torsion progressive. Celle-ci avait eu pour conséquence des adhérences totales du *kyste qui était hématique.* Il fut possible de le décortiquer en totalité et d'obtenir la guérison rapide. Ce cas a donné un succès.

Ici, la torsion fut lente, progressive. L'action des suites de couches paraît bien probable ; néanmoins, on pourrait encore la mettre en doute. Il n'en est plus de même dans les observations de MM. Voituriez et Condamin, où elle est des plus manifestes et a entraîné l'hémorrhagie consécutive à la torsion.

Observation XIV

(Dr Voituriez. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 28, juillet 1900.)

Coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire. — Accouchement. — Relâchement de la paroi abdominale. — Torsion brusque avec ischémie du kyste à la suite de fatigues. — Ovariotomie.

Maria D..., 21 ans ; pas de maladie antérieure. Réglée à 14 ans ; mariée il y a un an. A ce moment, on n'avait pas constaté que le ventre était anormalement développé. Après son mariage, elle fut encore réglée une fois, puis devint enceinte. Le ventre se développa rapidement dès les premiers mois de la grossesse.

L'accouchement eut lieu le 21 mars 1900. Au début du travail, le médecin appelé constata l'existence dans le ventre de deux tumeurs séparées par un sillon presque médian. A droite une masse molle, résistante ; à gauche, une tumeur dure, contractile, qui était manifestement l'utérus gravide. Le travail dura trente-six heures et se termina par un accouchement au forceps à cause de l'inertie utérine.

La délivrance opérée, on constata que le ventre restait gros et que la tumeur fluctuante siégeant à droite persistait. Le médecin reconnut qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire à développement rapide. La paroi abdominale était très relachée. Les suites de couches furent très favorables, et la malade se leva le dixième jour et reprit peu à peu ses occupations.

3 mai. — Elle fit un travail fatiguant de lessive et fut prise le soir même de douleurs violentes dans l'abdomen, accompagnées de nausées, de vomissements et de ballonnement du ventre.

6 mai. — Le médecin fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et retire un peu de liquide assez clair.

8 mai. — Ponction évacuatrice. On retire 5 litres d'un liquide gris sale, sans odeur. La malade accuse un certain soulagement qui ne persista pas.

11 Mai. — La malade est envoyée à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur Duret). L'examen révèle les faits suivants : A l'inspection, on trouve le ventre portant des vergétures et soulevé dans toute son étendue. Par la palpation, on délimite à droite une tumeur occupant le flanc droit et remontant jusqu'à l'hypochondre droit, dépassant la ligne médiane ; à ce niveau, le bord supérieur de la tumeur est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On perçoit une fluctuation assez nette, mais l'examen est plus difficile à cause des douleurs vives accusées par la malade. La partie gauche de l'abdomen est plus souple et moins tendue. A la percussion, matité du côté droit, sonorité à gauche. Par le toucher vaginal, le col est haut situé, l'utérus mobile, les culs-de-sac sont libres.

Le diagnostic est kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.

12 Mai. — Temp. soir = 38° 5. Pouls = 120.

13 et 14 Mai. — Apyrexie, mais le pouls reste fréquent à 120. — Le ventre reste tendu et extrêmement sensible. Le facies est tiré.

15 mai. — Opération. — Laparotomie sous-ombilicale.

On aperçoit le kyste dont la paroi présente une teinte marbrée, rouge, violacée, rappelant l'aspect d'un gâteau placentaire. Le kyste est ponctionné et l'on retire environ *quatre litres d'un liquide fortement hématique*, noirâtre. La poche est ensuite attirée au dehors et l'on amène le pédicule très court (un travers de doigt) tordu d'un tour et demi, suivant la loi de Rokitansky. On pose une pince clamp et l'on sectionne aux ciseaux. Il s'écoule de l'orifice de section d'une veine un caillot noirâtre. Toilette du bassin ; on trouve à la surface des anses intestinales et du cul-de-sac de Douglas des exsudats jaunâtres, crémeux ou pseudo-membraneux, qui se seraient transformés bientôt en adhérences.

Notons, que la torsion remonte au 4 mai et qu'au bout de 11 jours, il n'y a pas encore de véritables adhérences du kyste avec les organes voisins.

Ligatures à la soie. Trois plans de suture (catgut et crins de Florence).

Temp. soir = 37°5. — Pouls = 100.

Le kyste examiné présente les particularités suivantes : la paroi est amincie, noirâtre, altérée ; le kyste forme une poche principale unique ; mais à la partie inférieure, un second kyste, du volume du poing, s'est ouvert précédemment et communique avec la poche principale. Le pôle inférieur de la tumeur est épaissi, comme charnu à la section ; on constate sur la tranche un tissu infiltré rouge-noirâtre, d'aspect caverneux. Ce sont les vaisseaux veineux du pédicule, gorgés de sang et thrombosés déjà depuis plusieurs jours d'après l'aspect des caillots, qui donnent lieu à cette apparence. A ce niveau, on trouve la trompe

appuyée contre la paroi kystique. Elle-même est épaisse et œdématiée. Le kyste a donc tourné sur lui-même une fois et demie, et la partie primitivement supérieure se trouve inférieure définitivement.

16 mai. — Température matin = 37°2 ; Pouls = 120. La malade est calme.

17 mai. — Température matin = 37°. ; Pouls = 100. Température soir = 37°3 ; Pouls = 100.

18 mai. — Purgation. Apyrexie. Pouls = 108. Bon état général. Les jours suivants, l'apyrexie persiste, et la malade ne se plaint plus de douleurs abdominales.

Conclusions. — La cause déterminante de la torsion est la lessive qu'elle a faite la veille. La cause réelle prédisposante est la grossesse antécédente, laquelle a amené un relâchement des muscles de la paroi.

Observation XV

(M. Condamin. — *Soc. de Chir. de Lyon*, 8 nov. 1900.)

Kyste de l'ovaire et grossesse. — Jeune femme, mère de plusieurs enfants, accouchée en ville par une sage-femme qui ne se douta de rien, mais crut ensuite à la présence d'un deuxième fœtus. Observée à ce moment par les docteurs Monin et Fabre, elle fut amenée à la Charité avec le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. Température pendant 10 jours au-dessus de 39°5; vomissements, ventre tendu, douloureux. La laparotomie pratiquée 15 jours après l'accouchement mène sur une paroi kystique, violacée, adhérente à la paroi abdominale peu tendue et très friable; *le liquide évacué par ponction est séro-hématique.* La poche se déchirait par lambeaux, adhérente de partout et l'hémorrhagie devenait considérable ; pour l'arrêter, on chercha le pédicule qui put être facilement trouvé et lié. L'hémorrhagie s'arrête

aussitôt. L'extirpation resta très laborieuse en raison d'adhérences à la face inférieure du foie, tellement solides que plusieurs fragments de la poche restèrent adhérents à ce parenchyme. On plaça deux drainages à la Mikulicz, l'un au-dessus du foie, l'autre dans la cavité pelvienne.

La température resta au-dessus de 37°5 pendant plus de 8 jours; trois semaines après, la malade sortait guérie.

Nous voilà suffisamment renseignés sur les causes de l'hémorrhagie intra-kystique lors de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire, Cette torsion n'est pas le seul accident des kystes de l'ovaire qui amène l'hémorrhagie. Vraisemblablement, c'est le plus fréquent, mais à côté nous pouvons ranger l'élongation du pédicule de ces tumeurs, l'étranglement, la flexion de ce même pédicule par des brides ou fausses-membranes. Comme causes d'un ordre différent, nous pouvons citer les traumatismes de tous genres, les altérations des parois vasculaires et du sang, et enfin l'infection. Mention spéciale sera faite pour les hémorrhagies qui surviennent dans les tumeurs végétantes de l'ovaire.

II. — Elongation du pédicule des kystes de l'ovaire dans ses rapports avec l'hémorrhagie intra-kystique.

L'élongation du pédicule des kystes ovariens est plus rare que la torsion. Elle a été longtemps méconnue. Aussi, beaucoup de cas de rupture du

pédicule des tumeurs de l'ovaire réellement dus à l'élongation ont été attribués à la torsion. Il doit en avoir été de même en ce qui concerne l'hémorrhagie. Spencer Wells, Kœberlé, Rokitansky et Terrillon ont su reconnaître l'existence de cette élongation et ont rapporté des exemples d'effilement progressif du pédicule par la traction exercée par des fausses membranes, siégeant à la partie supérieure ou sur les côtés du kyste. Dans son *Traité clinique des maladies des femmes,* Barnes nous rappelle que ce tiraillement peut être produit par l'accroissement de l'utérus gravide qui pousse la tumeur en haut, par des adhérences qui fixent l'ovaire dans le bassin lors de cette poussée, ou bien par la rétraction de l'utérus quand l'ovaire, dans sa marche ascensionnelle, a contracté également des adhérences. Il conclut que ce tiraillement peut produire les mêmes effets que la torsion, c'est-à-dire l'hémorrhagie intrapariétale et intrakystique et la rupture du pédicule. Après lui, M. Heurtaux *(Soc. de chir.,* séance du 13 oct. 1886) et M. de Lostalot *(Soc. anat.,* séances d'avril 1889) ont défendu bravement cette même opinion, et démontré, par deux solides observations, que l'élongation donne lieu aux mêmes symptômes que la torsion. Dans le cas de M. Heurtaux, ce n'est pas l'utérus gravide qui a causé l'effilement du pédicule d'nn kyste de l'ovaire, mais un kyste plus gros de l'ovaire de l'autre côté. Quand il amène l'hémorrhagie intrakystique, le tiraillement du pédicule commence absolument

comme dans la torsion, par agir sur la circulation veineuse du pédicule, et celle-ci une fois empêchée, le sang continuant toujours à affluer par les artères, s'accumule dans les veines pariétales du kyste, produit une ou plusieurs ruptures des parois veineuses, s'épanche dans la zone interne de la couche moyenne de Waldeyer et finalement rompt l'épithélium interne distendu et infiltré lui-même. Dès lors le sang vient colorer le liquide de la tumeur.

Si le tiraillement est complet, brusque, toute circulation devient impossible, il n'y a pas d'hémorrhagie, mais sphacèle du kyste s'il n'existe pas d'adhérences vasculaires, et finalement rupture du pédicule. Le plus souvent, l'élongation se fait lentement, progressivement. Cela se conçoit, l'utérus gravide se développant lui-même très lentement et se rétractant de même, et les tumeurs de l'ovaire de l'autre côté ou des autres organes du bassin grossissant un peu à la fois. Il en résulte que l'arrêt de la circulation dans les veines du pédicule étant moins brusque, l'hémorrhagie doit avoir plus de difficultés à se produire; néanmoins, rien ne s'oppose à son apparition et d'ailleurs on la rencontre.

Voici une observation d'hémorrhagie intrapariétale et intrakystique où très vraisemblablement la grossesse a causé l'élongation du pédicule du kyste. L'hémorrhagie consécutive aura occasionné une péritonite adhésive lors des phénomènes fébriles, et la péritonite et la fièvre à leur tour auront agi sur la grossesse et amené l'avortement. C'est l'opinion

la plus plausible et d'ailleurs, nous le croyons, celle de M. le professeur Duret qui a opéré la malade.

Observation XVI *(personnelle)*

(Publiée depuis avec commentaires par M. Dervaux, interne du service, dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* 19 juillet 1902).

Hémorrhagie dans un kyste de l'ovaire compliquant la grossesse.— Avortement consécutif. — X..., 27 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, le 17 décembre 1901, pour une affection abdominale dont le début apparent remonterait au mois de novembre. Sans antécédents morbides, héréditaires, collatéraux ou personnels, la malade a été réglée à 14 ans, toujours irrégulièrement. Elle eut toujours de la leucorrhée intermenstruelle.

Deux premières grossesses, remontant à 6 ans et à 4 ans, ont évolué sans incidents et se sont terminées par des accouchements difficiles, mais à terme. Depuis le dernier accouchement, la leucorrhée augmenta, les règles devinrent de plus en plus irrégulières, faisant parfois défaut pendant des intervalles de deux et trois mois. Vers le 8 novembre dernier, la malade, étant enceinte de sept mois environ, fut prise de douleurs abdominales très vives, que son médecin, consulté, prit d'abord pour un début de travail. Mais, les jours suivants, il constata l'existence de deux tumeurs indépendantes l'une de l'autre ; d'une part l'utérus gravide, et d'autre part une masse kystique qui se serait développée en quelques jours dans le flanc droit, au point d'atteindre le volume d'une tête d'adulte. Elle n'était pas mobile, très douloureuse. *Plusieurs ponctions pratiquées dans sa masse ne ramenèrent que du sang.* (M. Péan eut conclu à l'étranglement.)

A cette époque, pendant environ vingt jours, la malade eut une température oscillant entre 38° et 39°. Le 20 novembre, l'accouchement spontané se fit, sans que le ventre diminuât de volume. Les lochies durèrent deux jours, et elle put se lever au bout de neuf. Les pertes cessèrent complètement, et la température redevint normale.

C'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital. A l'examen direct, on trouve le flanc droit gonflé par une tumeur ovoïde, dont le grand axe mesure 29 centimètres et le petit axe 23 centimètres. Cette masse se prolonge dans la région lombaire droite ; elle est rénitente dans toute son étendue. On sent nettement cette rénitence quand on place une main sur la région lombaire et une autre sur le ventre. A la percussion, on trouve de la matité sur toute la surface de la tumeur, jusqu'à quatre centimètres au-dessus de l'ombilic. On trouve de la sonorité dans le creux épigastrique, une très légère bande entre le foie et la masse et une autre, qui peut mesurer trois centimètres, comprise entre le pubis et la tumeur.

Le fond de l'utérus est au-dessus du pubis, un peu remonté; les culs-de-sacs sont vides et on ne peut affirmer aucun rapport entre la tumeur et les organes génitaux.

La tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires du foie. C'est vraisemblablement un kyste du foie ou un kyste de l'ovaire, *haut fixé par des adhérences* dues à la grossesse.

M. le professeur Duret intervient le 20 décembre.

A cause de la situation anormale du kyste, on fait une incision de 12 centimètres environ au-dessus de l'ombilic, 12 centimètres au-dessous. On trouve l'épiploon adhérent à la paroi abdominale antérieure et à la paroi du kyste, on le décolle de bas en haut et on place des pinces sur la partie inférieure. La surface du kyste apparaît alors présentant une *teinte gris sale qui peut faire penser à un kyste enflammé*. Il touche à l'utérus et est enveloppé *d'adhérences assez étroites du côté du bassin*. Les adhérences empêchent de se rendre compte immédiatement des rapports du kyste avec les organes

du petit bassin, du siège, ni même de l'existence de son pédicule. On commence le décollement par le pôle supérieur et on le continue en haut et en arrière. Dans cette manœuvre, une petite portion de la paroi du kyste se détache et reste adhérente à l'épiploon ; elle sera enlevée plus tard. On arrive au côté droit de l'utérus et on bascule la tumeur. *Le pédicule apparaît alors ; il n'est pas tordu.* On le sépare entre deux pinces et on le lit par trois ligatures : deux partielles et une totale. Les annexes du côté opposé sont perdues dans des adhérences vélamenteuses ; on les dégage peu à peu. On se trouve alors dans une vaste cavitée, limitée par des adhérences occupant le flanc droit depuis la fosse iliaque jusqu'à la face inférieure du foie. La surface dénudée laisse suinter une pluie de sang que l'on étanche avec des compresses. On établit ensuite un drainage lombaire et un drainage abdominal. La paroi est ensuite refermée par les procédés habituels. L'opération a duré vingt-cinq minutes.

La plaie opératoire guérit per primam, sans aucune élévation de température, ni accélération du pouls.

La malade sort de l'hôpital trois semaines après l'opération.

La tumeur est constituée par un gâteau poly-kystique gris-jaunâtre, du volume d'une tête d'adulte.

La surface est formée par une membrane de 1 millimètre d'épaisseur, *recouvrant une masse molasse, qui se déchire sous le doigt comme un placenta.* A la section, *cette masse* présente l'aspect d'une rate ou d'un poumon hépatisé et *paraît être complètement constituée par des caillots de fibrine* dus à la coagulation du sang épanché dans son épaisseur. *Les veines sont thrombosées, celles du pédicule également.* Le poids total de la tumeur est 3 kilogs 400 gr. ».

Que s'est-il donc passé dans l'intérieur de ce kyste? Quelle est la cause de cette hémorrhagie? Nous avons vu que quand elle s'est produite, il y avait grossesse ; Or, l'état de grossesse ne peut pas avoir

été sans influence sur les phénomènes importants qui se sont passés dans la tumeur. Cette malade portait dans le ventre à droite un kyste multiloculaire de l'ovaire, à gauche, l'utérus gravide. En se développant progressivement, cet utérus refoulait lentement dans l'abdomen la tumeur voisine, comme l'indique M. Rémy dans sa thèse d'agrégation (Paris 1886), il l'entrainait avec lui dans sa marche ascensionnelle. Il ne pouvait en être autrement, l'espace devenant de jour en jour plus restreint, par suite du développement continuel de l'utérus et de la tumeur elle-même. Si le kyste eut été fixé de tous côtés par des adhérences, l'utérus l'eut laissé dans le petit bassin. Il aurait tout simplement glissé dessus sans parvenir à lui imprimer aucun mouvement ; rien d'extraordinaire ne serait survenu. Il s'en suit que la tumeur de l'ovaire que l'on a retrouvée à l'opération haut placée dans l'abdomen, n'était à ce moment maintenue que par son pédicule.

La rotation devenait possible, mais n'eut pas lieu, car, alors, il y eut eu une torsion du pédicule. Aussi, forcée de suivre l'utérus gravide, la tumeur le fit tant que le lui permit le redressement, puis le tiraillement de son pédicule. Comme l'ascension du kyste et le tiraillement du pédicule, s'opérèrent lentement, graduellement, comme l'augmentation même de la matrice, les veines du pédicule furent de plus en plus comprimées et la circulation s'y ralentit progressivement. Enfin, cette circulation finit par être empêchée et dès lors, le sang affluant toujours

par les artères, l'hémorrhagie devint sinon inévitable, du moins possible, la tension vasculaire augmentant toujours dans les veines pariétales du kyste. Le 8 novembre dernier, selon toute probabilité, la paroi veineuse a cédé, l'hémorrhagie se produisit et l'on eut le tableau clinique de la torsion du pédicule, douleurs vives, etc. Le médecin appelé crut d'abord à une menace d'avortement, puis constata la présence de deux tumeurs dont une très douloureuse.

Les *ponctions répétées qu'il pratiqua ne ramenèrent que du sang.* Il eut pu faire le diagnostic, sinon d'élongation, du moins de torsion, d'étranglement du pédicule d'un kyste de l'ovaire compliquant la grossesse. La tumeur étant polykystique, l'hémorrhagie intrapariétale et intrakystique se trouva en quelque sorte limitée, bridée par les obstacles formés par les différentes parois. C'est pourquoi, on n'eut pas l'ictus violent avec perte de connaissance, anémie subite, etc., qui se produit souvent dans les hémorrhagies des kystes uniloculaires à grande poche. Ajoutons que ces phénomènes sont tout-à-fait comparables, non à ceux de la torsion brusque et complète, mais de la torsion lente et incomplète. Dès lors, se produisit la péritonite adhésive si fréquente en pareils cas, cause, d'abord des adhérences multiples trouvées à l'opération, ensuite, de l'ascension de la température, laquelle oscilla plusieurs jours entre 38° et 39°.

Cette péritonite, la fièvre réagirent à leur tour sur la matrice et l'avortement s'explique. L'utérus

vidé, le tiraillement a du cesser, mais la tumeur, maintenue par ses adhérences, ne put descendre bien bas, c'est là aussi, pourquoi, lors de l'examen pratiqué à la Charité, on trouva les culs-de-sac libres et on conclut qu'elle était haut fixée par des adhérences.

Ainsi, pour expliquer ce qui s'est passé dans ce kyste, point n'est besoin d'aller chercher loin la cause de l'hémorrhagie, et de bâtir l'hypothèse d'une infection intestinale possible comme l'a fait M. Dervaux. Les phénomènes fébriles qui suivirent l'hémorrhagie sont dus vraisemblablement à la péritonite adhésive. D'autre part, M. Dervaux se base sur le fait qu'on n'a pas eu d'ictus violent pour conclure à l'infection probable ; répétons, que cela doit un peu tenir à la nature de la tumeur et qu'ensuite tout s'est passé comme dans un étranglement graduel. D'ailleurs, dans les multiples observations ci-dessus énumérées, à propos des rapports de la torsion du pédicule et de l'hémorrhagie intra-kystique, nous n'avons pas toujours rencontré à beaucoup près cet ictus violent. Ajoutons que si l'hémorrhagie, dans notre cas particulier, était due à une infection, il n'y eut pas eu thrombose des veines pariétales et du pèdicule comme dans l'étranglement du pédicule des kystes ovariens, à moins qu'il ne soit passé dans ces vaisseaux des phénomènes de même nature que ceux qui surviennent, lors d'une phlegmatia alba dolens, dans les veines du membre inférieur.

Nous conclurons donc, comme il y a quelques années, Messieurs Heurtaux et de Lostalot, que l'élongation peut à l'instar de la torsion amener tous les symptômes de l'étranglement, et en particulier l'hémorrhagie dans les kystes de l'ovaire, et cela si bien, que le chirurgien le plus avisé peut très bien prendre l'une pour l'autre lors de son diagnostic.

III. — **Hémorrhagies amenées par des brides fibreuses, fausses-membranes, etc.**

Passons maintenant aux autres causes d'hémorrhagies des tumeurs ovariennes. Celles qui se rapprochent le plus des deux précédentes, sont l'étranglement du pédicule par des fausses-membranes, des brides fibreuses comme Rokitansky en a rapporté des exemples, la flexion du pédicule également par des brides fibreuses ou une anse intestinale aplatie.

Dans ce dernier cas, on peut avoir obstruction intestinale. Par malheur, les observations publiées d'étranglement du kyste et d'obstruction intestinale dus à ce processus, nous montrent la rupture du pédicule sans hémorrhagie intrakystique.

Ici encore, les meilleurs chirurgiens peuvent être amenés à croire à une torsion du pédicule. D'ailleurs, les symptômes cliniques sont identiques et du côté du kyste tout se passe de la même façon.

IV. — **Traumatismes.**

Une cause assez fréquente d'hémorrhagie intra-kystique, mais, cette fois, bien différente de l'étranglement du kyste, est constituée par le traumatisme. Ici, il faut distinguer les traumatismes externes ou directs tels que les coups de pied, de poings, une chûte, les traumatismes internes ou indirects, tels les efforts de tous genres, enfin, les traumatismes chirurgicaux. Ces diverses sortes de traumatismes peuvent donner lieu à la rupture de vaisseaux veineux ou artériels et à des hémorrhagies à l'extérieur ou à l'intérieur du kyste de l'ovaire. Henri Fossard *(Semaine gynécologique,* année 1901) prétend même que par ces moyens, on peut avoir la rupture des kystes de l'ovaire.

Parmi les traumatismes chirurgicaux, celui dont le chirurgien doit le plus se méfier est la ponction du kyste. Heureusement, à l'heure actuelle, les chirurgiens sont d'accord pour considérer, dans les kystes ovariques, la ponction curatrice comme une méthode d'exception, qui doit être réservée exclusivement aux cas où il existe une contre-indication réelle à la laparotomie. La ponction exploratrice elle-même ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve, en raison des dangers réels qu'elle peut entraîner. Voici un cas de mort presque subite publié par M. Boursier. Il peut servir à nous édifier complètement sur cette question.

Observation XVII

(M. Boursier. — *Gazette hebd. de Bordeaux,* 1895.)

Mort par hémorrhagie consécutive à la ponction d'un kyste de l'ovaire. — Une femme de 51 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué, deux ans auparavant, un fibrome utérin, se présente dans l'état suivant : amaigrissement considérable, ventre énorme et tellement tendu que toute palpation est impossible. Au dire de la malade, l'énorme distension du ventre ne datait que de quelques mois et était consécutive à une chûte. La percussion indiquait une matité absolue de tout l'abdomen ; la sensation de flot était nettement perçue d'un côté à l'autre.

Dans l'impossibilité de pratiquer un examen complet permettant de préciser le diagnostic, M. Boursier se résolut à pratiquer une ponction exploratrice. Elle fut faite à droite de la ligne médiane et notablement au-dessous de l'ombilic, avec le trocart nº 2 de l'appareil de Dieulafoy. Elle donna issue à *cinq litres d'un liquide brunâtre manifestement hémorrhagique*, mais résultant certainement d'une hémorrhagie ancienne, probablement due à la chûte mentionnée plus haut. A aucun moment, le liquide ne changea de couleur et ne parut contenir du sang rouge nouvellement sorti des vaisseaux. Au moment où on retira le trocart, il ne s'écoula pas une goutte de sang. Il restait encore une certaine quantité de liquide dans la poche, que la palpation, rendue possible au cours de la ponction, avait fait reconnaître comme un kyste de l'ovaire.

Pendant que l'opérateur plaçait un bandage de corps destiné à comprimer l'abdomen, il vit la malade pâlir et perdre connaissance et sentit en même temps le ventre se gonfler subitement, tandis que la poche reprenait rapidement son volume malgré une énergique compression. Ce ne fut qu'a-

près 35 minutes de soins que la syncope prit fin. La malade resta plusieurs heures dans un état demi-comateux. Vers la fin de l'après-midi, le ventre augmenta encore de volume : la malade perdit progressivement connaissance et succomba dans la soirée.

Il s'est produit évidemment une hémorrhagie intrakystique. Les observations en sont peu nombreuses dans la littérature médicale, ce qui peut tenir, non seulement à la rareté de l'accident, mais aussi à ce qu'un certain nombre de ces cas malheureux n'ont pas été publiés. Néanmoins, les faits publiés montrent que l'hémorrhagie intrakystique, consécutive à la ponction, peut se manifester de deux façons. Dans les cas les plus fréquents, elle survient vers la fin de l'évacuation de la poche, et l'on peut voir sortir par la canule du trocart, du sang plus ou moins rouge. D'autres fois, au contraire, comme dans le cas que nous rapportons, l'hémorrhagie est uniquement intrakystique ; elle survient après le retrait du trocart, sans qu'il s'écoule une goutte de sang au-dehors. L'hémorrhagie ne peut alors se reconnaître que par les signes généraux des grandes hémorrhagies.

L'hémorrhagie intrakystique produite, il est admis aujourd'hui d'avoir recours le plus tôt possible à une ovariotomie d'urgence pour éviter une nouvelle hémorrhagie. C'est la conduite qui aurait été tenue si la malade s'était assez remontée pour supporter une opération.

L'enseignement qui découle de ce cas malheureux est qu'il ne convient pas de transformer une ponction exploratrice en ponction évacuatrice. Dès que le diagnostic est assuré, il faut arrêter l'écoulement du liquide et avoir recours à l'ovariotomie pour guérir la malade, à moins de contre indications formelles. « C'est le soulagement progressif qu'éprouvait la malade à mesure que son kyste s'évacuait, qui m'a poussé, dit M. Boursier, à déroger un peu à la règle énoncée ci-dessus. » Il est probable que si l'évacuation du kyste eut été moins complète, l'hémorrhagie n'eut pas eu lieu ou tout au moins qu'elle eut été moins grave.

Cette observation nous est doublement utile, d'abord, comme exemple d'hémorrhagie intra-kystique consécutive à une chûte, ensuite, par les renseignements précieux qu'elle nous donne sur les dangers de la ponction. A ce propos, rappelons que ces hémorrhagies des kystes ovariens amenées par les traumatismes directs, coups, chûte, etc., sont plus redoutables encore que celles occasionnées par l'étranglement de la tumeur. Dans ce dernier cas, fréquemment, les vaisseaux finissent par se thromboser, le sang se coagule. L'hémorrhagie une fois produite peut, par suite, se reproduire beaucoup plus difficilement. Il n'en est pas de même dans celles causées par les traumatismes. Très souvent, les ouvertures vasculaires restent béantes, le sang ne s'y coagulant pas; le kyste continue alors à augmenter de volume jusqu'à ce que l'extrême distension des parois le permette. Si alors, par hasard, une ponction vide le kyste, si même cette tumeur vient à se rompre, une hémorrhagie nouvelle emporte la malade. Elle a pu résister à la première, elle ne supporte pas la seconde.

V. — **Hémorrhagies intra-kystiques par altérations des parois du kyste, des vaisseaux du kyste, du sang.**

Les diverses variétés d'hémorrhagies des kystes de l'ovaire dont nous venons de parler sont relati-

vement fréquentes. On est exposé chaque jour à les rencontrer dans les services hospitaliers. Il n'en est plus de même de celles amenées par les altérations des parois du kyste, des parois vasculaires et celles du sang.

Parmi les altérations des parois du kyste, signalons celles qui sont classiques, telles que les dégénérescences graisseuse, crétacée et athéromateuse. On comprend sans peine que, dans ces membranes malades, les ébranlements les plus minimes du ventre peuvent produire des solutions de continuité et déterminer des hémorrhagies dans l'intérieur du kyste. D'autres fois, la solution de continuité est complète et s'étend aux trois tuniques du kyste, on a la rupture dite rupture spontanée du kyste de l'ovaire.

Parmi les altérations des vaisseaux eux-mêmes, rangeons celles causées par l'athérome, l'artériosclérose, la suppuration du kyste. Auguste Martin, dans son traité des maladies des femmes (page 561), nous dit : « Sont dues à la fois, aux altérations des parois du kyste, et à celles des parois vasculaires, les hémorrhagies intrakystiques causées par l'érosion de certains vaisseaux englobés dans l'ulcération des parois interkystiques. »

Enfin, les altérations du sang lui-même peuvent aussi causer ces hémorrhagies, puisqu'elles amènent, par la suite, l'altération des parois vasculaires et la mauvaise nutrition des parois kystiques qui dégénèrent.

Notons que ces diverses altérations des parois, des vaisseaux, et du sang jouent encore un rôle indéniable quand survient l'étranglement de la tumeur ou un traumatisme. L'hémorrhagie intrakystique, sans ces altérations, aurait pu ne pas se produire.

VI. — L'infection des kystes de l'ovaire et l'hémorrhagie intrakystique.

Il paraît bien logique que l'infection, qu'elle soit d'origine intestinale, puerpérale ou autre, ou rentre dans le cadre des diverses septicémies ou infections purulentes, puisse causer l'hémorrhagie des kystes de l'ovaire. M. Dervaux, en publiant l'observation XVI avec commentaires, dans le *Journal des Sciences médicales* du 19 juillet dernier, tout en se trompant sur la cause de l'hémorrhagie, qui fut réellement l'élongation du pédicule, comme nous croyons l'avoir démontré, avait raison de dire : « Il semble que, dans ces kystes compliqués de grossesse, il y ait d'autres facteurs que l'élongation ou la torsion du pédicule.

» Il est très probable que dans ces cas, on se trouve en présence de faits inflammatoires autant que mécaniques. L'état de grossesse facilite sûrement l'infection, et celle-ci est assez fréquente dans les kystes compliqués de grossesse. Faut-il admettre la migration des germes du tube digestif à travers le péritoine ? Nous ferons observer, toutefois, que les

expériences de Broklenski et de Cornil sur la pénétration des germes intestinaux dans la cavité péritonéale ne sont pas tout à fait en faveur de ce processus. En effet, si nous nous rapportons à leur mémoire, nous voyons que les germes font issue au niveau de la partie terminale de l'iléon, que de là ils passent dans le foie, où on les retrouve vers le septième jour, puis dans la rate, puis dans le poumon. Ce n'est que tardivement qu'ils passent sous la séreuse péritonéale et quelquefois dans la séreuse elle-même. Il semblerait donc que si l'infection pouvait se produire par germes intestinaux, elle se reproduirait surtout dans les kystes remontés et en particulier dans ceux du côté droit. » On ne trouve pas dans la science médicale d'observations où les choses se seraient passées suivant le processus indiqué par M. Dervaux ; cela tient peut-être à ce qu'il est peu connu.

Dans les cas connus d'infection des kystes de l'ovaire pendant la grossesse ou après l'accouchement, on a trouvé non un liquide hémorrhagique, mais purulent. Aussi, ce n'est pas ici qu'il faut donner la liste de ces observations. Peut-être, avant d'aboutir à la purulence, le liquide peut, à l'instar de celui de la plèvre, commencer par être hémorrhagique. Nous regrettons de n'avoir pu le constater. Nous croyons même que l'infection peut produire l'hémorrhagie intra-kystique sans qu'il y ait tendance à la purulence. Nous sommes ici encore d'accord avec M. Dervaux. Pourquoi ce qui se

passe lors d'une pleurésie ou d'un épanchement ascitique ne pourrait pas survenir dans le liquide d'un kyste ovarien ? L'infection agirait alors par l'altération même du sang, et cela rentrerait dans le cadre des hémorrhagies intra-kystiques amenées par l'altération du sang et des parois vasculaires, enfin des parois mêmes du kyste.

Le plus souvent l'infection des kystes de l'ovaire est due à l'infection puerpérale post-partum. Gottschalk, en parlant de l'influence des suites de couches sur les kystes ovariens (*Sem. gynéco.*, année 1898), nous dit : « Les suites de couches peuvent amener l'infection du contenu du kyste. Il faut y penser si l'infection a lieu, dès les premiers jours des suites de couches, dans un kyste passé inaperçu pendant la grossesse. »

Supposons un cas d'infection puerpérale ayant amené l'hémorrhagie intrakystique. Nous pourrions, entre autres choses, y retrouver les microbes causes de l'infection. L'examen du liquide fortifierait le diagnostic, celui de la tumeur également. On n'aurait pas, vraisemblablement, les mêmes lésions que lors de l'étranglement du pédicule, c'est-à-dire les thromboses veineuses du pédicule et des parois du kyste. Pour que la confusion devienne possible, il faudrait admettre une phlébite des veines du pédicule ou de la paroi kystique ; encore on pourrait parfois retrouver les microbes dans l'intérieur du thrombus, comme cela arrive parfois à l'examen de celui d'une *phlegmatia alba dolens*. Enfin, le sang contenu

dans l'intérieur du kyste devrait avoir moins de tendance à se prendre en masse et à former des caillots volumineux. Il devrait plutôt présenter les caractères du sang altéré. Tout cela est encore de nature à augmenter notre conviction en l'élongation comme cause de l'hémorrhagie dans l'observation XVI où les lésions du pédicule et des parois kystiques sont manifestes.

VII. — **La tuberculose du kyste et l'hémorrhagie consécutive.**

Une dernière cause d'hémorrhagie intrakystique, bien plus rare que toutes les précédentes, c'est la tuberculose du kyste de l'ovaire. Ici, le diagnostic de la cause est bien difficile à faire et n'est guère possible qu'au cours de l'intervention ou lors de l'autopsie. Dans ce cas, il faut se demander si l'opération n'est pas exempte de désagréments. Peut-être vaudrait-il mieux ne pas opérer. Dans l'observation suivante, par exemple, l'ovariotomie a été suivie de granulie qui emporta la malade.

Observation XVIII

M. Gouzdev. — (*Presse Médicale*, 19 août 1899)

Une malade, multipare, est entrée à l'hôpital où l'on porte le diagnostic de kyste de l'ovaire. Il y a quelques mois, on aurait, d'après la malade, pratiqué la paracentèse qui aurait

laissé écouler une grande quantité d'un liquide sanguinolent. Aucun trouble général.

La laparotomie démontra qu'il s'agissait d'un kyste contenant un liquide sanguinolent et *tapissé à sa surface interne de nombreux tubercules.* La poche kystique adhérait intimement aux parois abdominales et aux viscères, tandis que le mésentère pénétrait dans le kyste et le divisait en deux parties. L'utérus et les annexes semblaient être complètement cachés par les adhérences. Après trois semaines d'un état généralement satisfaisant, éclatèrent des symptômes de granulie qui emportèrent la malade.

A l'autopsie, on ne trouva que l'ovaire droit. L'ovaire gauche ne se trouvant pas dans le ligament large du côté gauche. L'examen microscopique de la paroi du kyste enlevé a démontré qu'il s'agissait *de Tuberculose.* Il n'y avait plus trace d'épithélium, ni vestige de tissu ovarien. L'auteur croit (sans, cependant, donner les raisons sur laquelle il se base) qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche complètement détaché par suite de la torsion du pédicule.

Il semble bien que M. Gouzdev ait raison et que l'on ait eu affaire à un kyste de l'ovaire devenu tuberculeux d'abord et hémorrhagique ensuite. Les caractères de la tumeur, la disparition de l'ovaire gauche plaident en faveur de cette opinion. Toutefois, l'apparition du mésentère dans l'intérieur du kyste, pourrait faire croire à une péritonite enkystée hémorrhagique. Nous donnons cette observation pour ce qu'elle vaut. A priori, il ne semble pas du tout impossible qu'un kyste ovarien devienne tuberculeux. Dès lors, l'hémorrhagie dans ce kyste nous paraît presque inévitable.

VIII. — **Causes prédisposantes générales d'hémorrhagies intra-kystiques**

Avant de terminer ce chapitre de l'étiologie de l'hémorrhagie dans les kystes ordinaires de l'ovaire et de parler de l'hémorrhagie dans les kystes végétants, il nous semble utile de rappeler que la grossesse, par suite de la stase sanguine, ou mieux de la congestion sanguine des organes du petit bassin, qu'elle cause presque inévitablement, explique la facilité avec laquelle les hémorrhagies intra-kystiques peuvent survenir dans un kyste de l'ovaire avoisinant le kyste fœtal.

Il se pourrait aussi que la congestion de ces mêmes organes, qui survient lors des règles, ne soit pas tout à fait sans influence sur l'apparition de l'hémorrhagie intrakystique. De même que les petits ruisseaux font les grandes rivières, les causes minimes s'ajoutent et finissent par produire des résultats manifestes. Par là pourraient peut-être s'expliquer certains cas d'hémorrhagies intrakystiques qu'on pourrait être tenté de croire spontanés.

IX. — **Hémorrhagies dans les tumeurs végétantes de l'ovaire.**

Nous séparons à dessein les kystes végétants des autres tumeurs uniloculaires, multiloculaires

ou dermoïdes de l'ovaire, d'abord, parce que les kystes végétants sont de nature toute différente, ensuite, parce que l'étiologie de l'hémorrhagie dans ces dernières tumeurs n'est pas absolument la même.

Ces tumeurs végétantes sont les unes des épithéliomes, les autres des papillomes. M. le professeur Duret les a particulièrement étudiées et dans une communication intéressante au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles (septembre 1892), ils les a divisées en plusieurs groupes :

1° Les kystes contenant dans leur intérieur un liquide séreux ou albumineux *souvent hématique* et des productions végétantes internes disséminées. Ce sont celles qui nous intéresseront le plus.

2° Les kystomes à végétations externes.

3° Les tumeurs sans cavité kystique, poches distendues par des paquets de végétations en chou-fleur.

4° Masses en chou-fleur souvent bilatérales correspondant à chacun des deux ovaires, occupant exclusivement la cavité du bassin.

De ces diverses variétés, seules les premières méritent de nous arrêter. C'est à elles que font allusion de Sinéty et Labadie-Lagrave, lorsqu'ils nous apprennent que les hémorrhagies intrakystiques se produisent surtout dans les formes papillaires. Elles y sont, en effet, très fréquentes et cela se conçoit aisément. Les végétations qui tapissent leur paroi interne sont excessivement friables et un rien

amène la rupture de leurs vaisseaux délicats, par suite, l'hémorrhagie intrakystique. Il suffit de simples froissements, de mouvements peu étendus, de congestions secondaires de ces tumeurs. C'est l'explication qu'en donne M. Duret et certainement la bonne. Quand les tumeurs papillaires présentent des végétations externes on peut rencontrer en outre l'ascite hémorrhagique.

Second a opéré une tumeur végétante dans laquelle la quantité de sang était telle que les caillots fibrineux occupaient au moins la moitié d'une cavité kystique assez vaste, pour remonter à cinq travers de doigt, au-dessus de l'ombilic.

Dans d'autres circonstances, l'hémorrhagie peut tenir aussi à l'étranglement du pédicule, mais toutes les tumeurs papillaires sont loin d'être nettement pédiculées.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. TRAITEMENT DES KYSTES HÉMORRHAGIQUES DE L'OVAIRE.

Nous avons jusqu'ici longuement insisté sur l'étiologie des hémorrhagies des kystes de l'ovaire, parce que c'était la partie la plus intéressante de notre travail. En effet, les chirurgiens ne sont pas tous d'accord sur l'origine de ces hémorrhagies, qui parfois constitue une question bien obscure. Maintenant, il ne nous reste plus qu'à rassembler en un même chapitre les notions admises par tous sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des hémorrhagies intra-kystiques. Cela fait, nous espérons avoir atteint notre but, qui est de renseigner, dans la mesure du possible, les praticiens qui pourraient être avides de faire plus ample connaissance avec les hémorrhagies des kystes de l'ovaire.

Anatomie pathologique.

Nous nous sommes déjà étendus, lors de notre exposé de la pathogénie de l'hémorrhagie dans la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, sur les données d'anatomie pathologique. Elles étaient indispensables pour la compréhension de ce qui devait suivre. Nous croyons donc fastidieux et superflu d'y revenir. Pour les compléter, nous rappellerons qu'à l'ouverture du ventre, le kyste apparaît, suivant les cas, grisâtre ou noirâtre, ecchymotique par places. A la section, la paroi paraît amincie par endroits, tandis qu'en d'autres points, elle peut être considérablement épaissie, infiltrée, noirâtre. Elle y prend un aspect caverneux, comparable en tous points à celui d'une masse placentaire.

Les vaisseaux sont thrombosés et les caillots y sont plus ou moins brunâtres, suivant que les accidents remontent à un ou plusieurs jours. Ailleurs, la paroi est simplement œdématiée. On peut trouver les mêmes lésions, quelquefois même plus prononcées, au niveau du pédicule.

Dans le kyste, suivant les cas, on a simplement un liquide plus ou moins coloré par le sang, rouge si l'hémorrhagie est récente, plus ou moins foncé, couleur chocolat ou noirâtre, si l'hémorrhagie est ancienne.

Dans les kystes multiloculaires, la coloration peut varier avec les poches. Dans une ou plusieurs

d'entre elles, le liquide peut avoir conservé sa coloration primitive. Dans les kystes dermoïdes, le sang ne se mêle guère au contenu du kyste, il s'y juxtapose simplement, Enfin, le sang peut s'être coagulé, on trouve alors, au milieu d'un liquide plus ou moins foncé, des caillots plus ou moins importants, fibrineux, blanchâtres ou colorés. Naturellement, dans les kystes végétants, les altérations des parois peuvent être nulles, quand l'hémorrhagie est due à l'érosion des végétations de la surface interne. Elles peuvent aussi être minimes et se réduire à la lésion d'une veine pariétale, dans les cas de traumatismes agissant sur les kystes à grande poche.

Enfin, si l'hémorrhagie est due à une dégénérescence graisseuse, crétacée ou athéromateuse des parois, on retrouve à l'examen les lésions caractéristiques de ces altérations pariétales.

En terminant, rappelons que le contenu du kyste peut présenter une odeur franchement gangréneuse par addition de sang plus ou moins altéré.

Symptomatologie

Supposons une hémorrhagie intrakystique grave, brusque. On a tous les signes d'une véritable hémorrhagie interne ou d'une rupture de grossesse extra-utérine. Les téguments palissent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, filiforme, il y a perte de connaissance, puis des

convulsions surviennent, bientôt remplacées par un état comateux, le collapsus, la syncope finale et la mort. Celle-ci survient si on n'intervient pas, ou si l'on n'a pas le temps d'intervenir, ou encore si la rupture du kyste se fait dans le péritoine, ce qui permet alors un nouvel afflux de sang.

Si le kyste n'est pas trop considérable, surtout s'il ne se rompt pas dans le péritoine, la terminaison peut être moins dramatique. A la paleur, au refroidissement des extrêmités, à un léger collapsus, fait place simplement une anémie profonde. Il n'y a pas de choc. Il est alors possible de soupçonner l'hémorrhagie kystique par la constatation de l'anémie subite, de la douleur habituellement violente, de l'augmentation brusque de volume du kyste qui peut doubler et même tripler de volume (voir l'observ. du D[r] Ozenne), par l'aménorrhée consécutive.

Ces symptômes se montrent plus ou moins nettement dans tous les cas d'hémorrhagie kystique. A ceux-là s'en ajoutent d'autres qui varient avec la cause même de l'hémorrhagie et en modifient le tableau clinique. La torsion, l'élongation, la flexion ou l'étranglement du pédicule donnent lieu à la même symptomatologie. Si les accidents sont brusques, la malade éprouve une sensation de déplacement dans le bas-ventre, de déchirement interne, par suite du déplacement de la tumeur. Dans tous les cas, une douleur subite apparaît dans le bas-ventre, localisée à l'ovaire malade, puis elle s'étend

à tout l'abdomen avec irradiations dans le rein, la cuisse du côté correspondant. Fréquemment, elle est violente syncopale. Alors, surviennent des vomissements muqueux puis verdâtres ; la respiration prend le type costo-supérieur ; le facies se grippe ; la constipation devient opiniâtre ; le pouls petit, filiforme, bat à 100 et 110 pulsations ; enfin, la température monte ordinairement à 38° et 39°.

Mouls (thèse Paris, 1890) et Reboul (Congrès de Limoges, 1890) ont constaté deux signes qui permettent d'affirmer le diagnostic exact : un bruit de souffle très net, systolique, siégeant au point douloureux, c'est-à-dire, au niveau du pédicule du kyste, et un mouvement en masse de la tumeur, donnant la sensation d'un soulèvement, d'un glissement, d'une ondulation et coïncidant avec le battement artériel.

C'est alors que surviennent tous les signes déjà cités de l'hémorrhagie interne grave.

Dans d'autres cas l'étranglement du pédicule se produit lentement, incomplètement. La tumeur augmente de volume par suite d'une exsudation séreuse, puis sanguine à l'intérieur et à l'extérieur même du kyste parfois.

Des adhérences se forment, la péritonite adhésive apparaît et se manifeste par une douleur sourde, réveillée par la pression et les mouvements, un appétit capricieux, des nausées, des alternations de constipation et de diarrhée, l'anémie, la cachexie. L'hémorrhagie reste souvent compatible avec l'exis-

tence et la malade après une période d'anémie plus ou moins prononcée revient progressivement à la santé.

Que les accidents soient brusques ou lents, la ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz ramène du sang.

Parfois, on ne sait trop pourquoi, le liquide sanguin se résorbe, on a la régression du kyste et son atrophie. MM. Verny (du Portel) et Marius Bourgain (de Boulogne), après avoir trouvé tous les signes d'un kyste ovarique et pratiqué une ponction exploratrice et en partie évacuatrice, qui donna issue à une grande quantité de sang, furent tout étonnés de voir le ventre de leur cliente diminuer progressivement, si bien que la tumeur finit par disparaître complètement. Ils supposent que les parois kystiques par suite de la congestion vasculaire et des modifications consécutives qu'elles subissaient ont amené la résorption du liquide, ont pu s'accoler et causer de la sorte la disparition de tous les symptômes. Les cas heureux ne sont pas très fréquents. Ils diffèrent énormément de celui de M. Boursier dont l'évacuation a été suivie d'une hémorrhagie nouvelle avec mort rapide.

Quelquefois, on a des crises de douleurs survenant à intervalles réguliers ou à l'occasion des règles. L'étranglement ou disparaît après chaque crise, ou se produit par poussées successives lors de chacune de ces crises qui simulent, soit l'appendicite (observations IX et X) soit les coliques néphrétiques

(observation VIII), soit l'obstruction intestinale (observation V).

Comme autre symptôme, on peut rencontrer l'ascite simple ou hémorrhagique. Naturellement il y a ascite hémorrhagique quand le kyste hématique s'est rompu.

Quand la torsion ou l'élongation du pédicule est causée par la grossesse, on a en outre tous les signes de grossesse.

Comme nous l'avons vu, l'examen fait constater l'existence de deux tumeurs voisines à caractères différents, d'une part, une masse molle, plus ou moins fluctuante, d'autre part, une tumeur dure, contractile qui est manifestement l'utérus gravide. L'avortement devient possible (observ. XVI); il n'est pas rare.

Quand l'hémorrhagie intra-kystique est amenée par un traumatisme quelconque, elle est souvent foudroyante et rapidement mortelle. Une intervention hâtive, bien faite, peut néanmoins réussir souvent à sauver la malade.

Dans l'hémorrhagie kystique due à l'infection, souvent la malade vient d'accoucher depuis peu de temps ; elle présente de la fièvre coïncidant avec l'accroissement de volume du kyste, des symptômes de faiblesse et d'anémie. Il est bien difficile, la plupart du temps, de sauver ces malades, même si l'on intervient rapidement. L'infection poursuit son œuvre et la malade meurt.

Les kystes végétants donnent lieu absolument

aux mêmes symptômes. Leur nature n'est souvent révélée que par l'opération.

Enfin, la congestion que ces kystes ovariens hémorrhagiques amènent, du côté des organes du petit bassin, peut occasionner, surtout à l'époque des règles, des métrorrhagies abondantes. Cela se voit assez souvent dans tous les cas de kystes de l'ovaire. Voici, un cas de métrorrhagie dont l'explication est tout autre. Le sang provenait du kyste et s'écoulait par la trompe dans l'utérus.

Observation XIX

(M. Eliot. — *Boston méd. and. surg. Journal.* — 19 août 1886).

Kyste tubo-ovarien. — Hémorrhagie dans le kyste. — Appelé auprès d'une femme atteinte de métrorrhagie, Eliot constate une tumeur dépassant le pubis de 6 centimètres ; mais qui 24 heures après atteignait l'ombilic.

Il ouvre le ventre et enlève la tumeur formée d'une part par la trompe dilatée et allongée, par un kyste de l'ovaire communiquant avec la poche tubaire par un orifice étroit et d'autre part par un kyste du ligament large du volume du poing. Les kystes de la trompe étaient remplis de sang et de pus.

L'opération fut très laborieuse ; mais la guérison n'en fut pas moins très rapide (*Revue de chirurgie,* 1890, p. 920).

Diagnostic.

Il y a des cas où le diagnostic s'impose, Un praticien sait qu'une de ses clientes porte un kyste de

l'ovaire ; on l'appelle auprès d'elle et dès son arrivée, il constate tous les signes d'une violente hémorrhagie interne. L'erreur n'est guère possible. Seule, la rupture du kyste peut donner lieu aux mêmes symptômes. D'ailleurs, la confusion n'aurait guère d'inconvénients, la conduite à tenir étant la même. Il pourrait diagnostiquer la rupture si le globe fluctuant était disparu et avait cédé la place à l'ascite hémorrhagique.

Les commémoratifs mettent encore le praticien sur la voie. Les divers symptômes d'étranglement de la tumeur permettent d'attribuer l'hémorrhagie à la torsion, à l'élongation du pédicule. S'il y a en même temps grossesse, il n'y a pas lieu de s'étonner de ce qui vient d'arriver.

Un coup de pied, de poing, un choc sur le ventre, une chûte aident encore le diagnostic. Si chez une malade qui vient d'accoucher, le kyste devient tout-à-coup volumineux, si des phénomènes fébriles marqués et des symptômes d'anémie apparaissent en même temps, il y a bien des chances pour que ce kyste soit devenu hématique.

Ce n'est pas toujours facile. Dans bien des cas, le médecin est sujet à des erreurs bien explicables.

Quand l'hémorrhagie se produit sans phénomènes bruyants, sans ictus violent et ne se manifeste que par des douleurs vives, une anémie plus ou moins profonde, les symptômes concomittants, surtout si le médecin ignore l'existence d'un kyste de l'ovaire, peuvent faire dévier le diagnostic. Ainsi s'expliquent

la croyance en une péritonite, une appendicite, des coliques hépatiques, des coliques néphrétiques, l'obstruction intestinale, une menace d'avortement si il y a grossesse. Un examen approfondi peut tirer le chirurgien d'embarras, lui faire trouver l'existence d'un kyste ovarique d'abord, l'amener ensuite à conclure à son étranglement, à l'hémorrhagie intra-kystique. S'il y a grossesse, il peut souvent parvenir à constater la présence de deux tumeurs, Ici encore, les commémoratifs, les symptômes aident le clinicien à se tirer d'affaire. Il faut toujours rechercher la faiblesse et l'anémie. Le plus souvent, le diagnostic est à faire avec l'obstruction intestinale, la grossesse intra-utérine, l'hématocèle péri-utérine, la tuberculose enkystée du péritoine avec hémorrhagie, enfin, l'ascite hémorrhagique.

Dans l'obstruction intestinale, on a les mêmes phénomènes de début que dans l'hémorrhagie par étranglement du pédicule, mais ensuite, survient un ballonnement exagéré du ventre ; les vomissements de verdâtres deviennent fécaloïdes ; la constipation est absolue ; il y a absence complète d'émission de gaz. On ne trouve pas non plus le même facies. Au lieu d'être pâle, anémié, chlorotique, il est nettement grippé, terreux. Enfin, le diagnostic peut s'égarer par suite de la coexistence de l'hémorrhagie intra-kystique, de l'étranglement du kyste et de l'obstruction. Une anse intestinale peut être entraînée dans la torsion du pédicule, où une même bride vient enserrer à la fois l'intestin et le pédicule. Les signes

de l'hémorrhagie interne peuvent alors faire croire à une hémorrhagie intestinale. Pour éviter cette erreur, il est bon de se rappeler que le ventre tendu, bombé par suite du météorisme est sonore, tandis que la tumeur de l'ovaire est absolument mate. La recherche des deux signes de Mouls peut également ne pas toujours rester infructueuse.

Le diagnostic posé est parfois celui de la grossesse extra-utérine. Il n'est pas toujours facile d'éviter cette confusion. Dans les deux cas, on peut avoir les signes d'une violente hémorrhagie interne. S'il y a rupture du kyste ovarique ou fœtal, le danger est le même par suite d'un nouvel afflux sanguin. Cela a peu d'importance en ce qui concerne la conduite à tenir; l'intervention s'impose dans l'un et l'autre cas. Dans la grossesse extra-utérine, il y a, en plus, les signes de grossesse. Le chirurgien doit rechercher l'absence de règles, le développement des seins, la coloration de la vulve, du vagin, du col, etc.

Dans des circonstances toutes différentes, l'hémorrhagie intrakystique simule une hématocèle péri-utérine et inversement. M. Potherat nous offre un cas de ce genre dans l'observation XI, donnée au chapitre de l'étiologie. L'hématocèle péri-utérine donne les signes d'une hémorrhagie interne portée d'emblée à leur maximum. M. Bouilly nous dit que la mort est rare et ne se produit que si l'hémorrhagie est très abondante et sans tendance à l'enkystement. Dans les jours qui suivent, il peut survenir une véritable réaction péritonéale avec nausées, vomis-

sements, ballonnement du ventre, ascension de la température. La face pâlit et se grippe. Au toucher, on sent une tumeur volumineuse située dans le cul-de-sac postérieur. La paroi abdominale peut être soulevée et bombée jusqu'à l'ombilic; la tumeur peut même être médiane. Comment se tirer d'affaire? Il est ici encore indispensable de connaître les commémoratifs. Si c'est un kyste de l'ovaire hématique, il y avait depuis longtemps des symptômes de tumeur abdominale. Rarement, l'hématocèle donne une tumeur nettement globuleuse et limitable comme un kyste de l'ovaire. Sa consistance, d'abord élastique, devient bientôt compacte, pâteuse et même ligneuse. La palpation donne quelquefois de la crépitation neigeuse. La plupart du temps, l'hématocèle se montre à l'époque des règles. Il est vrai que certains kystes de l'ovaire s'étranglent à des époques régulières coïncidant avec celles des règles. Il semble que leur étranglement est progressif et s'accentue à chaque nouvelle crise ; si à l'une d'elles se montrent les signes d'une hémorrhagie interne, on peut être amené à croire à l'hématocèle. Il peut être utile de se rappeler que l'hématocèle rétro-utérine est une affection de la vie génitale, tandis que l'hémorrhagie intrakystique a été rencontrée par M. Finaz chez de vieilles femmes. Enfin, quand l'hématocèle est due à une salpingite, on peut connaître l'existence de cette dernière affection. L'hématocèle se révèle alors par l'accroissement rapide de la trompe, la recrudescence des douleurs, la coïnci-

dence fréquente d'une métrorrhagie. Cette métrorrhagie n'est pas rare, tandis qu'elle est plutôt une curiosité dans le kyste de l'ovaire hématique.

La confusion avec une ascite simple et un kyste de l'ovaire, hémorrhagique ou non, n'est guère possible pour tout praticien exercé. Par contre, quand on a à la fois les signes d'une hémorrhagie interne et ceux d'une ascite apparue subitement, il faut penser, soit à la rupture d'une grossesse extra-utérine, soit à celle d'un kyste de l'ovaire, soit à l'hématocèle péri-utérine. Toutes ces situations sont particulièrement graves et amènent la mort fréquemment à bref délai, surtout s'il y a absence d'intervention précoce. Il est alors indispensable de savoir si auparavant il y avait dans le ventre une tumeur globuleuse, si les signes extérieurs de la grossesse existent. L'ascite hémorrhagique d'ailleurs est fréquente dans les hémorrhagies intrakystiques. L'ascite simple elle-même n'y est pas rare. Est-il besoin de rappeler que dans l'ascite, l'aspect du ventre est différent et rappelle le ventre d'un batracien, que la matité n'est pas la même, qu'enfin, l'œdème, l'anasarque, une lésion du cœur, des reins ou du foie, plaident en faveur de l'ascite ?

C'est bien plutôt avec une péritonite ancienne, enkystée et hémorrhagique que la confusion est possible. Les antécédents, la forme beaucoup plus nettement globuleuse de la tumeur dans le kyste de l'ovaire, enfin, la bénignité ordinaire de la pachy-péritonite hémorrhagique, considérée par Virchow,

Ferber, Friedreich, J. Besnier comme une variété d'hématocèle fruste, font faire le diagnostic. Ordinairement, la pachy-péritonite n'est pas primitive. Elle succède à une affection des annexes connue, ou encore à la rupture d'une salpingite hémorrhagique.

La péritonite tuberculeuse enkystée et hémorrhagique peut éveiller l'idée d'un kyste de l'ovaire hématique. Cette affection peut le simuler assez bien. Parfois elle présente une poche assez importante renfermant un liquide nettement sanguin. Ici, l'état général, les antécédents familiaux et personnels de la malade, les affections concomittantes, l'absence d'ictus violent, la présence possible du bacille dans le liquide, une symptomatologie toute différente, suffisent amplement à entraîner la conviction. Cependant, ce n'est pas toujours aussi simple, témoin le cas de M. Gouzdev, cité déjà au chapitre de l'étiologie, où il y avait tuberculose d'un kyste de l'ovaire et hémorrhagie dans le kyste.

Dans les cas embarassants, on est tenté pour connaître la nature du liquide, et fortifier le diagnostic, d'avoir recours à la ponction exploratrice. Nous avons signalé les dangers de cette opération en apparence si bénigne. M. Boursier en a fait tristement l'expérience et il ne nous engage pas à la recommencer. Il nous semble, toutefois, qu'une simple ponction faite avec la seringue de Pravaz, dans le but unique de connaître la coloration du liquide, doit être la plupart du temps inoffensive. Terrillon trouve qu'on peut s'en passer, que bien

d'autres tumeurs abdominales fournissent le liquide sanglant des kystes de l'ovaire étranglés. Péan se déclare partisan d'une doctrine opposée et déclare que le liquide chocolat à odeur gangréneuse est presque pathognomonique, car le sphacèle d'une tumeur de l'ovaire ne peut guère survenir que par étranglement de son pédicule.

Pronostic

Le pronostic est d'autant plus réservé que l'on est en présence d'un ictus violent avec perte de connaissance et collapsus. La mort est due la plupart du temps à la perte de sang ou à la péritonite. Spencer Wells a vu des malades mourir subitement par suite de la rupture du kyste et épanchement du sang dans le péritoine, ce qui permet un nouvel afflux sanguin. Même dans les cas de survie, la thrombose des vaisseaux du pédicule peut occasionner tardivement la phlébite des veines iliaques et l'embolie consécutive.

Il y a beaucoup d'espoir quand l'état général reste bon, quand le kyste est de dimensions moyennes ou est petit, surtout quand il ne se rompt pas et que l'hémorrhagie est lente, graduelle. Après une période d'anémie plus ou moins prononcée, la malade revient progressivement à la santé. Pour se faire une idée juste de l'importance des accidents, on peut presque se baser sur la cause même de l'hémor-

rhagie intrakystique. L'étranglement brusque et complet de la tumeur, un traumatisme sérieux donnent lieu à des hémorrhagies bien souvent mortelles. Celles, au contraire, occasionnées par une torsion lente, incomplète du pédicule, peuvent être compatibles avec l'existence. La péritonite adhésive qui en résulte rend dans bien des cas l'intervention laborieuse.

N'oublions pas que la grossesse peut être interrompue. Rappelons également que la situation est grave chaque fois que l'étranglement de la tumeur et l'hémorrhagie intra-kystique se montrent au cours du travail.

Traitement.

Dès le début des accidents, en attendant que tout soit prêt pour l'intervention, l'opium, l'ergotine, l'alcool, le champagne, les injections de sérum artificiel ou de gélatine, l'éther, la caféïne, les applications locales de glace sur le ventre et dans le vagin sont indispensables, soit pour combattre la défaillance des forces, soit pour favoriser l'arrêt de l'hémorrhagie.

En seconde ligne, un traitement médical symptômatique visera les troubles de la vessie et du rectum, les phénomènes inflammatoires du côté du péritoine.

Mais tout cela n'est rien à côté de l'*ovariotomie précoce*. C'est le seul traitement véritable, grâce auquel on peut arracher la malade à une mort

imminente. Il faut y recourir le plus tôt possible, dès que les circonstances le permettent. L'essentiel est de se décider de suite et de l'exécuter rapidement. Le manuel opératoire est connu de tous les chirurgiens. L'opérateur n'a rien à modifier dans sa ligne de conduite. Il doit, toutefois, veiller tout spécialement à ce qu'une nouvelle hémorrhagie ne se produise et courir au plus pressé, ce qui, dans ce cas particulier, se trouve être la ligature du pédicule. Cela fait, l'hémorrhagie s'arrête ; ou si déjà elle avait cessé, elle ne peut plus se reproduire. Quand le kyste est libre, c'est fait en peu de temps. Malheureusement, ce n'est pas toujours facile, en raison des adhérences qui fixent la tumeur partout, à la paroi abdominale, à l'intestin et aux organes du petit bassin. Avec un peu de patience, on vient souvent à bout de ces adhérences. Parfois, on ne peut parvenir à libérer complètement le kyste. Lorsque le pédicule est accessible ou rendu accessible par la déchirure de quelques-unes de ces adhérences, on le lie. On peut alors terminer par la marsupialisation de la poche. Sinon il est indispensable d'ouvrir la poche et de remplacer la ligature du pédicule par celle des vaisseaux les plus importants de la tumeur. Heureusement, ces cas sont rares, et souvent aussi l'hémorrhagie est arrêtée et n'a plus de tendance à se reproduire.

Beaucoup de chirurgiens, une fois arrivés sur la poche, dans le but de faciliter l'exécution des temps ultérieurs de l'opération, ponctionnent le kyste et

le vident. Le plus souvent il n'en résulte aucun inconvénient. D'autres fois, il se produit dans la poche vidée une nouvelle hémorrhagie, absolument comme dans le cas de M. Boursier, au cours, ou plutôt à la suite d'une ponction évacuatrice. Ici surtout, il faut sans perdre de temps, s'efforcer de lier le pédicule le plus rapidement possible. La conduite à tenir serait la même, si au cours de l'intervention se produisait la rupture du kyste suivie d'une importante hémorrhagie. Pour ces raisons, certains chirurgiens ne ponctionnent le kyste qu'après avoir fait la ligature du pédicule, ou même ne le ponctionnent pas du tout, chaque fois qu'ils peuvent en sortir, sans passer par ce temps de l'intervention.

Souvent aussi, il est utile de se rappeler qu'un pédicule tiraillé et très aminci peut se rompre au cours de l'opération. Il est bon d'y veiller, car son hémostase peut alors être bien difficile à obtenir.

L'ovariotomie terminée, le chirurgien a fait tout son devoir. Il en est récompensé par la guérison de sa malade.

Les seules contre-indications de l'ovariotomie sont un état de faiblesse extrême et une anémie profonde qui enlèvent à la malade la force de la supporter; l'infection quand elle est par trop manifeste.

Quand les accidents sont moins graves, le chirurgien se décide parfois à remettre l'opération à plus tard. Cette conduite ne nuit pas toujours à la cliente, néanmoins, il nous semble bien utile de la laisser

s'épuiser inutilement par l'anémie, les douleurs même atténuées de l'étranglement incomplet, la péritonite adhésive, les nausées, les vomissements et la fièvre. N'oublions pas que l'hémorrhagie expose à la rupture du kyste, si souvent suivie de mort par hémorrhagie péritonéale grave et péritonite aiguë.

La grossesse elle-même ne doit aucunement faire retarder l'ovariotomie. On a généralement un bon terrain opératoire pendant la gestation. Finaz, dans sa thèse inaugurale, conseille d'opérer tous les kystes de l'ovaire coïncidant avec la gravidité sous prétexte de prévenir l'étranglement, l'hémorraghie et la rupture du kyste. Trop souvent, en effet, la tumeur de l'ovaire a une influence néfaste sur la grossesse et amène l'avortement. Au moment du travail, elle peut devenir une cause sérieuse de dystocie. Dans ce cas, s'il y a des signes d'hémorrhagie interne, il est indispensable de faire rapidement l'ovariotomie. Cela fait, il faut tenter de terminer l'accouchement par les voies naturelles, en recourant au besoin au forceps ou à la version. Si cela est impossible, entre autres, lors de présentations vicieuses de l'épaule, le ventre étant ouvert, en profiter pour faire l'opération césarienne conservatrice. Cette situation est toujours dangereuse. C'est une raison de plus pour faire l'ovariotomie préventive pendant la grossesse, Par suite des complications opératoires fréquentes, les malades montrent de grandes tendances à la syncope.

A. Lawrence l'a constaté en maintes circonstances.

Si le kyste passé inaperçu pendant la grossesse et l'accouchement, s'est étranglé et est devenu hématique peu après la délivrance, il faut également l'enlever au plus tôt, sans attendre la fin de la période puerpérale. Jamais le chirurgien n'aura à se repentir d'une intervention hâtive, bien faite ; c'est même en agissant de la sorte qu'il évite toute une série de complications fâcheuses. Quelle avance pour la malade d'avoir eu le bonheur de supporter l'hémorrhagie intrakystique, si elle doit être emportée quelque temps après par la péritonite, la rupture de son kyste, un accouchement difficile, ou l'infection de sa tumeur ?

Voilà pourquoi nous sommes ennemis des méthodes de douceur, telles que le traitement des kystes hémorrhagiques par l'injection iodée ou autres liquides modificateurs. Si l'injection iodée est quelquefois bonne pour les kystes hématiques, comme le prétend M. Boinet, elle est à rejeter, car l'ovariotomie faite en temps et lieu opportun l'est toujours et laisse au chirurgien la satisfaction d'avoir fait son devoir, alors même qu'il ne réussit pas à sauver sa cliente. Plus tôt il opérera, plus il aura de chances de succès.

CONCLUSIONS

1° Les causes des hémorrhagies des kystes de l'ovaire sont multiples. A côté de la torsion du pédicule, il faut ranger l'élongation de ce pédicule, son étranglement par brides ou fausses membranes, les traumatismes de tous genres, les altérations des parois du kyste, des vaisseaux du kyste, et du sang, l'infection intestinale, puerpérale ou purulente, la tuberculose du kyste, et les causes de congestion, de stase du côté des organes du petit bassin.

Dans les tumeurs végétantes de l'ovaire, ces hémorrhagies s'expliquent en outre par la nature même de ces tumeurs et la friabilité de leurs végétations.

2° Les symptômes de ces hémorrhagies intrakystiques, par exemple, les signes d'une violente hémorragie interne, l'anémie subite et profonde, la douleur brusque, l'augmentation de volume du ventre en quelques instants seulement, sont suffisants pour conduire au diagnostic. Celui-ci, parfois difficile, s'impose dans certains cas de torsion du kyste, d'étranglement de la tumeur, de grossesse. Ce

diagnostic est à faire surtout avec l'obstruction intestinale, la grossesse extra-utérine, l'hématocèle péri-utérine, la tuberculose enkystée du péritoine, l'ascite hémorrhagique.

3° Le pronostic très sombre, quand il y a ictus violent, varie avec les cas et même avec la cause de l'hémorrhagie intra-kystique. Une torsion complète et brusque, un traumatisme donnent facilement des accidents mortels.

4° L'intervention hâtive s'impose dans l'immense majorité des cas. Elle consiste dans une ovariotomie bien faite et doit être considérée comme une opération d'urgence. L'hésitation n'est pas plus de mise que lors d'une hernie étranglée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aubry. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. (Thèse Paris, 1900.)

Barnes. — Traité clinique des maladies des femmes.

Baron. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Thèse Paris, 1898.)

Boiffin. — Torsion du pédicule des kystes ovariens. (Congrès de Besançon, 1893.)

Boinet. — Traitement des kystes ovariens par l'injection iodée. (Soc. chir., 1882.)

Boursier. — Mort par hémorrhagie consécutive à la ponction d'un kyste de l'ovaire. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 1895.)

— Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Congrès de chir., 1892.)

Condamin. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Quand faut-il intervenir ? (*Lyon médical*, 28 janv. 1894.)

— Kyste de l'ovaire et grossesse. (Soc. de chir. de Lyon, 8 nov. 1900.)

Duret. — Des tumeurs végétantes ou papillaires de l'ovaire. (Congrès de gynécol. et d'obst., Bruxelles, 1892.)

Elliot. — Kyste tubo-ovarien. Hémorrhagie dans le kyste. (*Boston med. and surg. Journal*, 19 août 1886.)

Finaz. — De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. (*Sem. gynécol.*, 1898.)

Fossard. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. (*Sem. gynécol.*, 1899.)

Frankin. — Kyste dermoïde de l'ovaire. (Soc. anat. et phys. de Bordeaux, 1896.)

GOLTMAN. — Kystes de l'ovaire et leurs complications. *(Memphis med. Monthly*, oct. 1898, et *New-York med. Journal*, 22 nov. 1890.)

GORDON. — Kyste ovarique à pédicule tordu. *(Brit. med. Journal*, april 1898.)

GOTTSCHALK. — Influence des suites de couches sur les kystes de l'ovaire. *(Rev. d'obst. intern.*, 1er sept., n° 133, p. 193.)

GOUZDEV. — Kyste de l'ovaire et tuberculose. (Soc. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, mars 1899.)

HEURTAUX. — Torsion et rupture du pédicule des kystes de l'ovaire. (Soc. chir., 6 et 13 oct. 1886.)

— Kyste volumineux de l'ovaire droit ; petit kyste de l'ovaire gauche à pédicule rompu par tiraillement. (Soc. chir., oct. 1896.)

KEIFFER. — Deux cas de kyste papillaire hématique de l'ovaire. *(Journ. de chir.* et *Annales de la Soc. belge de chir.*, 1901, p. 285.)

KISSCLOFF. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Thèse Paris, 1897.)

KŒBERLÉ. — *Gaz. méd. Strasbourg*, 1874 (n° 7) et 1878.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.

LOSTALOT (DE). — Kyste de l'ovaire avec élongation du pédicule. (Soc. anat., 1889.)

MONOD. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Soc. chir., 1887.)

— Double kyste plusieurs fois tordu rappelant l'appendicite. (Soc. d'obst., gynécol. et péd. de Bordeaux, 1901.)

MOULS. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Thèse Paris, 1890.)

OZENNE. — Kyste de l'ovaire avec torsion et hémorrhagie consécutive. (*Sem. gynécol.*, 1900.)

PARTRUBAN. — *Oescr. Zeitschr. für prakt. Heilk de Wien*, 1895.

PÉAN. — Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Louis, 1886.

PEASLÉE. — *Am. Journal obst.*, VI, p. 276.

PINARD et SEGOND. — Torsion du pédicule et grossesse. (Soc. obst. et gynécol., mars 1900.)

Potherat. — Kyste dermoïde hémorrhagique. (Soc. chir., mai 1901.)

— Kyste à pédicule tordu et obstruction intestinale. *(Annales de tocol. et gynécol.*, 1893, t. XX.)

Rokitansky. — *Obst. Zeitg. f. p. med.*, 1865, n° 7.

Rémy. — De la grossesse compliquée de kystes ovariques. (Thèse d'agrégation, Paris, 1886.)

De Sinety. — Manuel de gynécologie.

Spencer Wells. — Maladies des ovaires, 1865-1872.

L. Tait. — Traité des maladies des ovaires. (Traduction française, par Olivier, 1886.)

Terrillon. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (*Rev. de chirurgie*, 1887, p. 245.)

Van Buren. — *New-York Journal of medicine*, 1850.

Varbasse. — Torsion spontanée des tumeurs de l'ovaire. Hémorrhagie intra-pariétale dans un cas de kyste ovarique à pédicule tordu. *(Annales of surgery*, april 1894, p. 440.)

Voituriez. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *(Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 28, 14 juillet 1900 ; même journal, 1890, p. 577 et 604.)

IMP. H. MOREL, LILLE